



**IPL**

**escola superior de saúde**  
instituto politécnico de leiria

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

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO**

Qualidade e Efetividade da Supervisão Clínica: Perspetiva de Enfermeiros em  
Ambulância de Suporte Imediato de Vida

**Patrícia Maria Bryant-Jorge**

Leiria,  
Setembro de 2025



**IPL**

**escola superior de saúde**  
instituto politécnico de leiria

**CURSO DE Mestrado em Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO**

Qualidade e Efetividade da Supervisão Clínica: Perspetiva de Enfermeiros em  
Ambulância de Suporte Imediato de Vida

**Mestrando:** Patrícia Maria Bryant-Jorge, N.º 5220175

**Tipo de Trabalho:** Relatório Final de Estágio

**Orientadora:** Professora Doutora Cristina Costeira

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

Leiria,  
Setembro de 2025

## PENSAMENTO

*"A aprendizagem é uma jornada contínua que transforma a prática em conhecimento e o conhecimento em competência."*

(Autor desconhecido, s/d)

## **DEDICATÓRIA**

Dedicado com todo o amor aos meus dois “ventrículos” (Henrique e Francisco) e às minhas duas “aurículas” (Pipa e Sara)

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Cristina Costeira, pela disponibilidade, motivação e resiliência que contribuíram para concluir este longo e árduo percurso. A orientação de excelência, o empenho e dedicação incansável foram catalisadores fundamentais para me fazer acreditar que era possível.

Aos enfermeiros especialistas, meus Orientadores do Ensino Clínico, Catarina, Paulo e Eddy pela partilha, orientação e contributo neste trajeto.

Aos enfermeiros dos locais de estágio e TEPHs da SIV pela disponibilidade, colaboração e companheirismo.

À enfermeira especialista Andrea pelo contributo, disponibilidade e incentivo.

Às minhas irmãs pelo incentivo e apoio sempre presentes.

Ao Carlos, pelo caminho que fizemos juntos. Sei que estarás orgulhoso!

Aos meus filhos, meu suporte, pela paciência, incentivo constante, por acreditarem.

## RESUMO

A elaboração deste Relatório final de estágio tem como objetivos: descrever e explicar, através de uma análise crítico-reflexiva, as atividades e intervenções de enfermagem, desenvolvidas no processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de especialização à pessoa em situação crítica, em três contextos de estágio. Desenvolvidos num Serviço de Urgência Geral, num Serviço de Medicina Intensiva e na Ambulância de Suporte Imediato de Vida. Estes estágios ocorreram durante o ano letivo de 2023/2024. Neste documento, pretende-se ainda descrever um estudo que é apresentado em formato de artigo, sobre “Qualidade e Efetividade da Supervisão Clínica: Perspetiva de Enfermeiros em Ambulância de Suporte Imediato de Vida”. Este estudo tem como objetivo, compreender a perceção dos enfermeiros do Instituto Nacional de Emergência Médica, a exercer funções em Ambulância de Suporte Imediato de Vida, sobre a qualidade e a efetividade da supervisão clínica recebida, através da aplicação da versão portuguesa da escala de *Manchester Clinical Supervision Scale - MCSS®*. A supervisão clínica é um instrumento que visa o desenvolvimento de competências profissionais objetivando a melhoria da qualidade dos cuidados e a segurança do doente, através de uma relação pedagógica estabelecida entre duas entidades: o Enfermeiro Supervisor, facilitador do processo de supervisão clínica, e o Enfermeiro Supervisado, foco do processo supervisivo.

De forma a facilitar o processo de leitura deste documento, optou-se por dividi-lo em duas partes distintas. A primeira parte descreve o percurso efetivado, nos diversos locais de estágio, as atividades e intervenções desenvolvidas no âmbito da aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica. Na segunda parte, é apresentado o estudo desenvolvido que é apresentado em formato artigo, respeitando as regras de submissão à revista Referência®. Para a redação do artigo foram ainda respeitadas as premissas da *guideline STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Statement)*.

Este documento será objeto de apresentação e discussão em provas públicas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica.

**Palavras-chave:** Competências; Enfermeiro Especialista; Doente Crítico; Supervisão Clínica; Enfermeiro de Ambulância Suporte Imediato de Vida.

## ABSTRACT

The preparation of this Final Internship Report aims to: describe and explain, through a critical-reflective analysis, the nursing activities and interventions developed in the process of acquiring common and specific competences of nurses specializing in critically ill patients, in three internship contexts. These were a General Emergency Service, an Intensive Care Medicine Service and the Immediate Life Support Ambulance. These internships took place during the 2023/2024 academic year. This document also aims to describe a study that is presented in article format, on "Quality and Effectiveness of Clinical Supervision: Perspective of Nurses in Immediate Life Support Ambulance". This study aims to understand the perception of nurses from the National Institute of Medical Emergency, working in Immediate Life Support Ambulances, about the quality and effectiveness of the clinical supervision received, through the application of the Portuguese version of the Manchester Clinical Supervision Scale - MCSS®. Clinical supervision is an instrument that aims to develop professional skills in order to improve the quality of care and patient safety, through a pedagogical relationship established between two entities: the Nurse Supervisor, facilitator of the clinical supervision process, and the Nurse Supervised, the focus of the supervisory process

To facilitate the process of reading this document, it was decided to divide it into two distinct parts. The first part describes the journey, activities and experiences undertaken at the three internship places developed with critical care patients. The second part presents the study, which is in article format, respecting the rules for submission to the journal *Referência*®. The article was written in accordance with the STROBE guideline (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Statement).

This document will be the subject of presentation and discussion in public examinations to obtain the title of master's in Medical-Surgical Nursing in Specialization of the Person in Critical Situation.

**Keywords:** Competences; Specialist Nurse; Critically Ill Patient; Clinical Supervision; Immediate Life Support Ambulance Nurse.

## LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

ADR - Área para Doentes Respiratórios

CVC - Cateter Venoso Central

CODU - Centro de Orientação de Doentes

DGS - Direção-Geral da Saúde

DVE - Derivação Ventricular Externa

EE- Enfermeiro Especialista

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LCR - Líquido Cefalorraquidiano

MCSS® - *Manchester Clinical Supervision Scale®*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAM - Pressão Arterial Média

PA - Pressão Assistida

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR - Paragem cardiorrespiratória

PIC - Pressão Intracraniana

PSC - Pessoa em Situação Crítica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SO - Sala de Observação

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUG - Serviço de Urgência Geral

SUMC - Serviço de Urgência Médico-cirúrgico

TEPH - Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

VMI - Ventilação mecânica invasiva

VNI – Ventilação não Invasiva

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS</b> .....	<b>16</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM</b> .....	<b>17</b>
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL .....	17
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA .....	20
1.3. AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA .....	22
<b>2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	<b>24</b>
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	24
2.1.1. <b>Responsabilidade profissional, ética e legal</b> .....	<b>24</b>
2.1.2. <b>Melhoria contínua da qualidade</b> .....	<b>26</b>
2.1.3. <b>Gestão de Cuidados</b> .....	<b>29</b>
2.1.4. <b>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> .....	<b>31</b>
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA COM ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	33
2.2.1. <b>Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</b> .....	<b>33</b>
2.2.2. <b>Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação</b> .....	<b>38</b>
2.2.3. <b>Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</b>	<b>41</b>
<b>PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA</b> .....	<b>44</b>
<b>ARTIGO: Qualidade e Efetividade da Supervisão Clínica: Perspetiva de Enfermeiros em Ambulância de Suporte Imediato de Vida</b> .....	<b>44</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>63</b>

## APÊNDICES

**APÊNDICE I – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: ABORDAGEM SISTEMATIZADA À VÍTIMA DE TRAUMA**

**APÊNDICE II – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: ALGORITMO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**APÊNDICE III – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIFERENCIADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM MONITORIZAÇÃO INVASIVA DA PIC**

**APÊNDICE IV – FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

## ANEXOS

**ANEXO I – Autorização formal para a utilização da versão portuguesa da *Manchester Clinical Supervision Scale* MCSS® desenvolvido pela Sr.<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Sandra Cruz**

**ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética**

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Dados Sociodemográficos e Profissionais.....	51
<b>Tabela 2</b> – Número de sessões de supervisão recebidas e anos de experiência dos enfermeiros por Delegação.....	52
<b>Tabela 3</b> – Respostas dos enfermeiros à versão portuguesa da escala de <i>Manchester Clinical Supervision Scale</i> ® (MCSS®).....	53
<b>Tabela 4</b> – Resultados das subescalas da <i>Manchester Clinical Supervision Scale</i> ® (MCSS®).....	55
<b>Tabela 5</b> – Estudo de associação entre concordâncias dos itens da escala e o ter recebido sessões de SC.....	56

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

**Figura 1: Escalas e Subescalas da MCSS®.....49**

## INTRODUÇÃO

Os desafios atuais, na área da saúde tem conduzido à necessidade permanente de atualização de competências pelos profissionais, nomeadamente os enfermeiros, por os desafiar na adoção de uma prática baseada na evidência, bem como, assumir um papel de liderança em áreas como a formação ou a investigação, de forma a potenciar o desenvolvimento de competências na sua área de especialização (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Competências podem ser definidas como capacidades de interligar conhecimentos, aptidões e atitudes para um desempenho mais eficiente e eficaz nos diversos domínios de intervenção (Duarte & Costeira, 2025; Mrayyan et al., 2023). O desenvolvimento de competências surge como uma resposta às exigências cada vez mais complexas e especializadas inerentes à prestação de cuidados de enfermagem (Rosa et al., 2022).

O desenvolvimento de competências determina que o Enfermeiro Especialista (EE) reforce uma prática atualizada em resposta às necessidades e desafios nas várias áreas de intervenção, mobilizando conhecimentos e aptidões na perspetiva de uma intervenção especializada, segura e de qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Este processo complexo requer que a componente técnica das suas intervenções, seja acompanhada de conhecimento, de capacidade de recolha e processamento da informação e de tomada de decisão (Martins, 2017). A realização deste Relatório Final surge como parte integrante do Estágio de Enfermagem na área à Pessoa em Situação Crítica (PSC), no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à PSC, da Escola Superior de Saúde de Leiria, no Instituto Politécnico de Leiria.

A sua apresentação e defesa, em prova pública, objetiva a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Este documento tem como principal objetivo específico: i) descrever e explicar, através de uma análise crítico-reflexiva, as atividades e intervenções de enfermagem, desenvolvidas no processo de aquisição de competências comuns e específicas do EE na área de especialização à PSC. Cuidar da PSC envolve a mobilização de competências especializadas como resposta às necessidades intrínsecas à pessoa em falência ou eminência de falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Os estágios a que este relatório se reporta, aconteceram num Serviço de Urgência Geral (SUG), num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) ambos em centros hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo e numa Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) da região centro do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), com uma duração de 180 horas cada e sob a orientação de EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Os distintos cenários clínicos, onde se realizaram os estágios, revelaram-se essenciais e preponderantes, pela diversidade

de vivências, atividades desenvolvidas e estratégias adotadas e mobilizadas, permitindo tomadas de decisão baseadas na evidência e numa prática profissional, ética, deontológica e legal. A seleção destes locais de estágio foi fundamentada, sobretudo, no seu elevado potencial para a aprendizagem e desenvolvimento das competências associadas ao doente crítico. Durante a realização dos estágios, as teorias de Meleis (2000) e Benner (1994) foram adotadas como referenciais teóricos, proporcionando suporte à prática clínica desenvolvida.

De acordo com Meleis (2000), a transição é definida como a passagem de uma fase, condição ou estado para outro, resultando num desequilíbrio entre dois períodos de vida estáveis. Considera, ainda, que podem ocorrer múltiplas transições simultaneamente dentro de um determinado período de tempo. No contexto da PSC, esta enfrenta uma diversidade de experiências, frequentemente desencadeadas pelo mesmo evento, que geram instabilidade e a tornam particularmente vulnerável em diferentes dimensões. Essa vulnerabilidade conduz a experiências de transição que exigem intervenções direcionadas para a recuperação do equilíbrio e a adaptação à nova realidade (Meleis et al., 2000).

Neste contexto, a intervenção especializada de enfermagem é essencial para promover a adaptação e minimizar o impacto dessas transições na saúde e no bem-estar do indivíduo. O modelo de Benner enquadra-se na perspetiva da aquisição progressiva de competências especializadas, destacando o desenvolvimento profissional do enfermeiro ao longo do tempo. A evolução das suas competências ocorre através da assimilação contínua de novos conhecimentos e experiências, o que impacta diretamente a tomada de decisão, a capacidade de antecipação e a segurança na prestação de cuidados, especialmente em contextos de elevada complexidade clínica (Benner, 1994).

Neste relatório é ainda descrito e apresentado um estudo intitulado “Qualidade e Efetividade da Supervisão Clínica: Perspetiva de Enfermeiros em Ambulância de Suporte Imediato de Vida”. Este caracteriza-se por ser um estudo descritivo, envolvendo uma amostra de 73 enfermeiros com vínculo contratual ao INEM e em exercício de funções nas Ambulâncias SIV. Tem como objetivo: descrever a perspetiva dos enfermeiros do INEM a exercer funções em Ambulância SIV, sobre a qualidade e a efetividade da supervisão clínica recebida, especificamente no que diz respeito ao efeito da supervisão clínica no seu desenvolvimento profissional, melhoria de competências, tempo de reflexão e a qualidade da relação de supervisão. A investigação foi conduzida no período compreendido entre março e abril de 2024, recorrendo à aplicação da versão portuguesa da *Manchester Clinical Supervision Scale®* (MCSS®) (Cruz, 2012), por meio da plataforma *Google Forms®*. Os processos de Supervisão Clínica em Enfermagem configuram-se como um suporte formal fundamental para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Além disso,

representam uma prática estruturada e eficaz para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, promovendo a reflexão, o aperfeiçoamento das competências e a excelência na prestação de cuidados de saúde (Teixeira, 2021). Existe atualmente evidência sobre a área da supervisão clínica, mas não dirigida aos cuidados extra-hospitalares, pelo que se considerou importante desenvolver esta temática num estudo de investigação. Este capítulo pretende espelhar o desenvolvimento de competências de investigação requeridas ao EE.

De forma a facilitar o processo de leitura deste documento, este foi dividido em duas partes. A primeira parte explora, utilizando uma metodologia critico-reflexiva, o percurso realizado, na perspetiva do desenvolvimento de competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Na segunda parte descreve-se o Estudo de Investigação desenvolvido que é apresentado em formato artigo, respeitando as regras de submissão à revista Referência. Os critérios de escolha da revista devem-se ao facto de esta ser indexada na SCOPUS, ter uma classificação de quartil 4 (Q4), assim como permitir a redação em língua portuguesa. Para a redação do artigo de forma a garantir rigor científico, foi ainda respeitada as *guideline* da *check-list* STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Statement*).

Este relatório foi elaborado respeitando o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria. Por sua vez, a referência bibliográfica respeitou as orientações da sétima edição da *American Physiological Association*.

## **PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS**

Os estágios clínicos constituem uma oportunidade estruturada para o desenvolvimento de competências, que implicam desenvolvimento e apropriação de aptidões, atitudes e habilidades, promovendo a integração do conhecimento, através da interatividade de situações reais em contextos diferenciados. A competência, neste âmbito, manifesta-se como “a capacidade de agir em situação” (Alarcão & Rua, 2005; Mrayyan et al., 2023). No cuidado à PSC, as competências devem ser desenvolvidas para aumentar a efetividade nas intervenções mais frequentemente realizadas (Duarte & Costeira, 2025).

## **1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

A frequência no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à PSC possibilitou a realização de três períodos de estágio em diferentes contextos clínicos, com o objetivo de desenvolver competências especializadas, conforme estabelecido no plano de estudos promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (Despacho n.º 8237/2022, 2022). A seleção dos locais de estágio foi baseada no nível de diferenciação dos cuidados prestados à PSC, tendo igualmente em consideração as oportunidades de aprendizagem proporcionadas e o potencial de diversidade de experiências neste contexto.

O primeiro estágio foi realizado no SUG, seguido do estágio num SMI, ambos localizados na região sul do País. O terceiro estágio decorreu em contexto extra-hospitalar, numa Ambulância SIV pertencente à Delegação Regional do Centro do INEM. Em seguida são descritas as especificidades de cada um destes locais de estágios.

### **1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL**

O SUG classificava-se como sendo um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), (Despacho 10319/2014, 2014), por deter as seguintes características: dispor de valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo, nomeadamente: Medicina Interna; Pediatria; Cirurgia Geral; Ortopedia; Anestesiologia; Imuno-hemoterapia; Bloco Operatório (em permanência); Imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, Tomografia Axial Computorizada); Patologia Clínica (todos os exames básicos, incluindo gasometrias). Além disso, o SUMC prestava apoio diferenciado e respondia a situações que exigiam cuidados mais diferenciados, prestando apoio diferenciado aos Serviços de Urgência Básicos e referenciando para os Serviços de Urgência Polivalentes as situações mais complexas e diferenciadas (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Os SUMC representam o segundo nível de receção de situações de urgência, desempenhando um papel fundamental no suporte diferenciado aos Serviços de Urgência Básica. Enquanto unidades de urgência, os SUMC ocupam uma posição específica na cadeia de resposta às Vias Verdes, atuando de forma colaborativa com os diferentes intervenientes, incluindo aqueles com um maior grau de diferenciação (Despacho 10319/2014, 2014).

Este serviço estava localizado numa Instituição de Saúde com gestão Pública afastada de grandes centros urbanos. Este contexto proporcionou um ambiente com potencial acrescido para a aprendizagem e o desenvolvimento de competências, não apenas devido à diversidade

de cuidados prestados nas diferentes valências do serviço, mas também pela oportunidade de fomentar a reflexão crítica sobre a prática clínica.

O SUMC, oferecia oportunidades significativas para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem à PSC. devido à diversidade e complexidade dos casos clínicos

Durante o período de realização do estágio, o SUMC encontrava-se em processo de remodelação estrutural. Este contexto, associado a uma afluência contínua e significativa de doentes, resultou numa situação de sobrelotação permanente em diversos setores do serviço. Devido a estas contingências, o serviço estava dividido em três áreas distintas: Urgência 1, Urgência 2 e a Área da Urgência de Ortopedia.

A Urgência 1 incluía:

- Área de Triage, composta por dois postos de triagem, com um enfermeiro designado para a sua operacionalização;
- Área Verde, a área de doentes pouco urgentes que dispunha de uma sala de macas e uma sala de tratamentos equipada com cadeirões, estando alocado um enfermeiro por sala;
- Sala de reanimação com capacidade para duas macas, estando esta área sob a responsabilidade direta do enfermeiro responsável de equipa;
- Área para Doentes Respiratórios (ADR) que abrangia 6 salas destinadas a doentes em macas, 2 salas equipadas com cadeirões e 1 sala específica, equipada com cadeirões, para doentes COVID-19 positivos. Adicionalmente, existia a Sala de Intermédios COVID-19, que dispunha de quatro camas com monitorização por telemetria. Nesta área estavam alocados 3 enfermeiros por turno.

A Urgência 2 era composta por diferentes áreas, organizadas de acordo com o grau de gravidade dos doentes.

- Área de Doentes Muito Urgentes – Área Laranja, considerada uma zona de cuidados intermédios, dispunha de uma sala com capacidade para oito macas, equipadas com monitores, e contava com a presença permanente de dois médicos e dois enfermeiros;
- Sala de Observação (SO) com capacidade para dez camas, incluindo duas destinadas ao isolamento, era acompanhada por dois enfermeiros. Esta área era considerada um local de transição para o internamento;
- Área de Doentes Urgentes - Área Amarela, com capacidade para dez macas, tinha a assistência assegurada por dois enfermeiros;

- Sala da Pequena Cirurgia, assumida pelos 2 enfermeiros alocados na área de Doentes Urgentes;
- A zona de corredor, partilhada entre os diferentes setores da Urgência 2, era onde permaneciam os doentes em espera, devido à indisponibilidade de vagas nas diversas áreas, e a responsabilidade pelo acompanhamento destes doentes cabia aos enfermeiros das respetivas unidades;
- A Área da Urgência dedicada à especialidade de Ortopedia encontrava-se provisoriamente instalada no piso 1, integrada no Serviço de Ortopedia, devido a trabalhos de reabilitação estrutural, contando com o apoio dos enfermeiros do serviço.

A Equipa de Enfermagem era composta por um enfermeiro gestor, uma EE que assumia funções de coordenação, aquando da ausência do enfermeiro gestor, e um total de 72 enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados. Estes estavam organizados em seis equipas, com aproximadamente 12 elementos em cada, das quais cinco integravam a distribuição regular e uma das equipas estava de descanso para dar respostas de urgências quando necessário. O serviço dispunha de 10 EE, distribuídos da seguinte forma: sete especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dois em Enfermagem de Reabilitação, um em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e um em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Estes rácios não conseguiam dar resposta ao estabelecido no Despacho n.º 10319/2014, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2014), que determina que, nos SUMC, existam pelo menos 50% dos enfermeiros com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na área da especialização da PSC. O não cumprimento, deste regulamento, pode comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

A organização do trabalho em equipa refletia, essencialmente, a aplicação de dois métodos de trabalho. Nas Áreas Laranja, Amarela, Verde e na ADR registava-se a predominância do método funcional, centralizado na divisão do trabalho por tarefas em detrimento do foco no doente, acarretando um risco acrescido na qualidade dos cuidados prestados (Parreira et al., 2021). Na Sala de Reanimação e no SO, observou-se a predominância da aplicação do método de trabalho individual, o que favorecia a personalização dos cuidados prestados e reforçava a segurança do doente (Parreira et al., 2021).

Em conformidade com o disposto no Despacho n.º 1057/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015), que determina que todos os Serviços de Urgência tenham implementado um sistema de triagem que permita distinguir graus de

prioridade clínica e alocação do doente à área de atendimento específica, o SUMC aplicava o Sistema de Triagem de Manchester (Despacho n.º 1057/2015, 2015).

No SMUC, eram utilizados diversos *softwares* de apoio ao registo clínico, nomeadamente o SClinico®, para documentação e gestão de dados clínicos, e o sistema GLINTT®, especificamente destinado à gestão da terapêutica.

## 1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O SMI pode ser definido como “...um sistema organizado para prestação de assistência ao doente crítico, assegurando cuidados clínicos multiprofissionais intensivos e especializados, capacidade de monitorização avançada e múltiplas modalidades de suporte fisiológico de órgão para manter a vida durante um período de disfunção orgânica aguda” (Ordem dos Médicos, 2018). Neste contexto, o SMI constitui um ambiente privilegiado para a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas e específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC, proporcionando uma prática clínica altamente diferenciada e exigente.

Foi desenvolvido um estágio num SMI classificado como sendo do tipo polivalente-nível III, isto é, destinado a doentes com uma ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, ameaçadoras da vida e que necessitam de duas ou mais formas de suporte orgânico. Caracterizam-se, ainda, por disponibilizarem um conjunto contínuo de ações e procedimentos, que englobam a monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, sendo assegurados de forma ininterrupta, 24 horas por dia, de acordo com as necessidades do doente (DGS, 2003). A equipa de enfermagem do serviço era composta por um enfermeiro gestor e uma EE que assumia as funções de gestão na ausência deste. Ambos eram detentores da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Na equipa de enfermagem eram ainda integrados 37 enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados, distribuídos em cinco equipas, sendo três constituídas por seis elementos e duas por cinco elementos.

Do total de 39 enfermeiros, apenas três detinham a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, número que não permitia o cumprimento do Regulamento n.º 743/2019. No entanto, a presença de oito EE em Enfermagem de Reabilitação assegurava o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelo referido regulamento. A equipa era distribuída em dois turnos com duração de 12,5 horas, sendo o turno da manhã, das 08h00 às 20h30, e turno da noite, das 20h00 às 08h30.

O serviço dispunha de uma capacidade de resposta para oito doentes, distribuídos por duas salas. Contudo, devido às necessidades de gestão de recursos, a lotação foi reduzida para

seis doentes, de forma a garantir o cumprimento do rácio mínimo recomendado, pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela Direção-Geral da Saúde (DGS), que determina a alocação de um enfermeiro para cada um ou dois doentes, flexível em função do nível de cuidados (Regulamento n.º 743/2019, 2019; Valentin et al., 2011).

A estrutura física do serviço estava organizada da seguinte forma:

- Sala de material clínico: destinada ao armazenamento de material de consumo clínico;
- Sala da equipa médica: espaço reservado para a equipa médica;
- Sala de equipamentos de suporte ventilatório: local onde se encontravam estacionados os aparelhos de suporte ventilatório;
- Salas de internamento: duas salas configuradas em espaço aberto, com capacidade para quatro camas cada;
- Sala de medicação: destinada à preparação e armazenamento de medicamentos;
- Sala de reuniões: utilizada para discussões clínicas e reuniões da equipa multidisciplinar;
- Sala de acolhimento familiar: espaço reservado para receber os familiares dos doentes;
- Gabinetes de consulta de *Follow-Up*: dois gabinetes destinados à realização de consultas de acompanhamento dos doentes.

O método de trabalho observado, correspondia ao método individual de trabalho, no qual cada enfermeiro assumia a responsabilidade pela prestação de cuidados a dois doentes. A implementação deste método de trabalho estabelece o doente como o foco central da prestação de cuidados, assegurando que as suas necessidades são priorizadas na intervenção clínica. Este modelo promove uma relação de maior confiança entre o doente e o enfermeiro, o que contribui significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ventura-Silva et al., 2021).

O software utilizado para o registo clínico era o SClínico®, uma ferramenta de apoio essencial na documentação e gestão da informação relativa aos cuidados prestados. Para a gestão de medicação era utilizado o software *Bsimple*®.

### 1.3. AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

O estágio opcional foi realizado numa Ambulância de SIV, um meio de emergência diferenciado do INEM, sediada num Serviço de Urgência Básica (SUB) da região Centro, sob dependência direta do INEM, inserida na Delegação Regional do Centro.

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde com a missão de definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) de forma a garantir às vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde, assim como de assegurar uma prestação de cuidados de emergência médica pré-hospitalar em Portugal Continental (Decreto-Lei n.º 124/2011, 2011).

O INEM define a Ambulância SIV como um meio de emergência pré-hospitalar tripulado por um enfermeiro, com formação em SIV, e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), com formação em técnicas básicas de emergência, tendo como principal objetivo "... a estabilização pré-hospitalar e o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência." (INEM, 2023). A Ambulância SIV é um dos meios diferenciados do INEM, sendo acionada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) para a assistência a situações de elevada gravidade que requerem suporte avançado ou imediato de vida, classificadas como Prioridade 1 - P1. Adicionalmente, pode ser mobilizada, de forma ocasional, para ocorrências classificadas como Prioridade 3 - P3, que correspondem a situações de menor gravidade e que exigem Suporte Básico de Vida (SBV).

O enfermeiro, enquanto elemento com maior diferenciação e líder da equipa, assume a responsabilidade de assegurar a operacionalização eficaz da ambulância, garantindo a prestação de cuidados de qualidade e em conformidade com as boas práticas da emergência pré-hospitalar (Regulamento n.º 226/2018, 2018). Constitui, ainda responsabilidade do enfermeiro SIV a supervisão e verificação do material clínico, fármacos, equipamentos e os registos clínicos assegurando, assim, a operacionalidade e a promoção da continuidade dos cuidados (Parecer n.º 04/2021, 2021). A prática do enfermeiro da Ambulância SIV é sustentada por protocolos baseados nas melhores práticas, fundamentadas em evidência científica e em atualização contínua. Compete-lhe, em articulação com o médico regulador do CODU, assegurar a aplicabilidade desses protocolos, garantindo a prestação de cuidados de emergência, de acordo com os mais elevados padrões de qualidade e segurança (Despacho n.º 4163/2019, 2019).

Os Protocolos SIV constituem um elemento fundamental e indissociável na prestação de cuidados adequados à Pessoa em ambiente pré-hospitalar, assegurando uma intervenção alinhada com a sua condição clínica. A aplicação e gestão destes protocolos exigem do

enfermeiro SIV uma avaliação rigorosa e um enquadramento diferenciado, permitindo garantir cuidados de qualidade, sustentados na evidência científica e na investigação (Regulamento n.º 226/2018, 2018). As experiências vivenciadas exigiram um conhecimento aprofundado dos Protocolos SIV, bem como uma compreensão precisa do papel do enfermeiro SIV, enquanto líder da equipa, assumindo a sua função com um elevado grau de autonomia e uma responsabilidade acrescida na tomada de decisões e na prestação de cuidados em contexto de emergência pré-hospitalar.

A equipa de enfermagem que dava apoio à SIV era composta por três enfermeiros a tempo integral, que asseguravam a quase totalidade do horário de funcionamento do meio, dos quais dois eram especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Os restantes turnos eram realizados por enfermeiros com competência em SIV, pertencentes a outros meios de emergência da Delegação Regional do Centro.

A aplicação do método individual de trabalho, que sustenta a prática clínica do enfermeiro da SIV, promove o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas e clínicas, proporcionando uma maior autonomia e responsabilidade na tomada de decisão. Adicionalmente, favorece a atualização contínua do profissional e possibilita uma avaliação sistemática da qualidade dos cuidados prestados, garantindo a adoção das melhores práticas baseadas em evidência científica (Parreira et al., 2021).

O acionamento da Ambulância SIV era realizado através de uma plataforma informática desenvolvida pelo INEM, designada *INEM Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS®). Esta ferramenta permitia a transmissão de informação entre o CODU e os meios de emergência pré-hospitalar, assegurando uma categorização da gravidade das ocorrências clínicas e otimizando a gestão dos recursos disponíveis (INEM, 2022). A comunicação era complementada, via rádio, através do Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal (SIRESP®), e/ou via telemóvel. Outra ferramenta informática utilizada era o Sistema *Lifenet*®, que possibilitava a aplicação dos Protocolos SIV por meio da transmissão do Eletrocardiograma (ECG) para validação pelo médico regulador, garantindo uma resposta célere e eficaz na abordagem às situações emergentes (INEM, 2022).

## 2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE é definido pela OE (2019) como aquele que detém competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados numa determinada área de atuação. O desenvolvimento de competências constitui um processo dinâmico e complexo, exigindo do enfermeiro tomadas de decisão fundamentada, bem como o aperfeiçoamento de competências técnicas, decorrente da recolha e análise crítica da informação disponível, articulada com a melhor evidência científica (Martins, 2017).

As competências dos EE podem ser divididas em duas categorias: competências comuns e as competências específicas de cada área de intervenção. As competências comuns do EE são aquelas que são partilhadas por todos os EE, e que são demonstradas através da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As competências específicas que serão explanadas neste relatório serão as do cuidado à PSC. Em seguida é realizada uma descrição do desenvolvimento de competências comuns durante os estágios realizados.

### 2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A competências comuns do EE abrangem diversas dimensões, refletindo a complexidade e a abrangência da prática especializada em enfermagem, nos domínios: i) responsabilidade profissional, ética e legal; ii) melhoria continua da qualidade; iii) gestão de cuidados e iv) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

#### 2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

No desempenho da prática profissional em todos os contextos de estágio, foi permanentemente assegurada uma conduta pautada pelo cumprimento das normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, em conformidade com o estabelecido no Regulamento n.º 140/2019. Este exercício teve como referência fundamental o Código Deontológico da OE e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), garantindo a observância dos mais elevados padrões de responsabilidade e ética profissional.

Nas experiências práticas desenvolvidas existiu uma preocupação por garantir um cumprimento e respeito pelos direitos dos doentes e famílias, nos diferentes contextos de cuidado à PSC. A massificação tecnológica associada a esta área de especialização, desafia o enfermeiro a desenvolver uma maior sensibilização por zelar que os direitos dos doentes, sejam respeitados e pela garantia de uma humanização dos cuidados prestados. A

vulnerabilidade dos doentes em situação crítica e o treino das equipas para salvar o doente, incorre, por vezes, em desrespeito pelo princípio da autonomia (Beauchamp & Childress, 2013) e da autodeterminação, em que o doente decide intencionalmente e com conhecimento (Tubau & Alibés Ester Busquets, 2011), sobre a sua própria situação e decide qual o melhor tratamento a ser implementado. Neste contexto, o consentimento informado livre e esclarecido deve ser uma premissa a respeitar criteriosamente, no entanto em emergências, como aconteceram no SUMC e no SMI, em que o doente se encontrava sedado e não responsivo, torna-o ainda mais suscetível às tomadas de decisão das equipas. Nestes contextos, o consentimento presumido era adotado pelas equipas de emergência, mas esta decisão deve ser sempre ponderada, e perceber a possibilidade e viabilidade de se explorar as vontades expressas do doente, através do registo clínico eletrónico e ouvindo, quando possível, familiares/cuidadores informais. A *golden standart* “fazer ao outro o que gostaríamos que nos fizessem a nós” deve ser substituída por “fazer ao outro o que ele deseja que façam por ele”, esta atribuição de responsabilidade e poder centrado no doente é fundamental, no que diz respeito à defesa dos direitos dos doentes, descentralizando o poder das equipas médicas e enfraquecendo o modelo biomédico da prestação de cuidados. Um outro aspeto que foi vivenciado em contexto da prática clínica e que mereceu reflexão foi a importância da implementação de estratégias para a preservação da privacidade e intimidade do doente. A prioridade dos profissionais no que diz respeito ao centrar-se no “salvar” e “estabilizar” o doente e as condições estruturais e funcionais dos serviços, podem condicionar o respeito destes dois princípios que são basilares no cuidado de enfermagem.

De salientar, a configuração estrutural do SUMC e do SMI com as disposições em *open space* colocando todos os doentes em vigilância máxima, mas desprotegidos de privacidade, pelo que a implementação de estratégias, como uso de biombos separadores foi uma constante preocupação. No contexto extra-hospitalar com a imprevisibilidade das situações, que ocorrem maioritariamente em contexto não controlado e sem recursos materiais, o desafio de proteger a privacidade e intimidade é mais desafiante, no entanto é possível. A título de exemplo, descreve-se um cenário ocorrido no domicílio, envolvendo uma doente em paragem cardiorrespiratória (PCR). De forma a garantir a realização das compressões torácicas, foi tomada a precaução de solicitar às pessoas presentes no local que se retirassem, assegurando a privacidade da doente. Após a recuperação dos sinais de vida, iniciou-se o transporte para a ambulância, recorrendo-se à utilização de uma manta térmica para salvaguardar a sua intimidade. À chegada ao SUB, a doente voltou a entrar em PCR, sendo necessário retomar as compressões torácicas. Neste contexto, foi solicitado às pessoas que se encontravam no percurso que se afastassem, de modo a garantir a eficácia da intervenção e a dignidade da doente. Ainda relativamente às particularidades estruturais e ambientais do

SUMC e do SMI, estes serviços representaram um desafio significativo (Rowe & Knox, 2023) no que diz respeito à vulnerabilidade da informação, sendo a passagem de turno e as visitas médicas momentos de risco acrescido para a salvaguarda da confidencialidade e proteção dos dados dos doentes. A transmissão da informação aos familiares foi norteadada pelo dever do sigilo, assegurando a sua confidencialidade e respeito pelos direitos do doente (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Foram adotadas estratégias de forma a garantir o respeito pela privacidade, confidencialidade e sigilo profissional, como falar mais baixo e de frente para o doente de forma que os outros doentes/acompanhantes não pudessem perceber o que estava a ser transmitido, assim como cautela nas informações transmitidas aos familiares, nomeadamente pelo telefone (Francis et al., 2016; Santos, 2022). Existem ainda estudos que alertam para a efetividade de utilização de tecnologia de apoio para melhorar a privacidade da comunicação em serviços de urgência, como seja o uso de óculos inteligentes (Park & Lee, 2025), o que poderia ser uma ferramenta interessante nestes contextos de cuidados.

No contexto SMI, foi ainda, possível acompanhar um processo de determinação de Morte Cerebral, o qual envolveu a participação de uma equipa multidisciplinar. O respeito pela dignidade do corpo deve ser uma prioridade, apesar de o doente estar morto, os cuidados continuam a ser prestados e devem ser encarados com o mesmo respeito de quando o doente ainda se encontrava com vida, mantendo a intimidade, privacidade e sigilo profissional. Uma outra situação que mereceu reflexão durante os estágios, aconteceu na Ambulância SIV, onde houve uma ativação para vítima de PCR não presenciada e em rigidez cadavérica. Em concordância com o Protocolo da PCR Adulto (INEM, 2013b), e por indicação do médico regulador do CODU, o doente foi transportado em manobras para o Serviço de Urgência Básico. Esta experiência, permitiu refletir nas intervenções de futilidade que são praticadas pelos profissionais de saúde, enquanto ação cujo impacto benéfico é negligenciável não superando os potenciais malefícios decorrentes da sua realização (Mota, 2009). Estas práticas que são frequentes em contexto de cuidados à PSC, devem ser repensadas pelas consequências que induzem nos familiares e cuidadores que assistem ao socorro, os prejuízos emocionais das equipas de socorro, mas acima de tudo das consequências para o cadáver, que é submetido a práticas não fundamentadas no Princípio da Beneficência (Beauchamp & Childress, 2013).

### **2.1.2. Melhoria contínua da qualidade**

O exercício da enfermagem adaptada às exigências e especificidades de crescente complexidade, exige uma busca contínua pela excelência na prática clínica, sustentada na melhor evidência científica. O desenvolvimento de competências especializadas está intrinsecamente ligado a esta necessidade, promovendo a prestação de cuidados de elevada

qualidade e assegurando a adaptação às constantes evoluções da ciência e da prática assistencial.

A OE (2019) defende que o EE deve ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de estratégias na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e garantir um ambiente terapêutico e seguro centrado na pessoa, promovendo a efetividade terapêutica e a prevenção de incidentes. Neste contexto, durante os estágios realizados, houve uma procura para desenvolver esta competência, uma das estratégias foi explorar nos serviços, quais os projetos de melhoria existentes. De destacar, os protocolos existentes nos vários serviços que possibilitam uma intervenção uniforme e sistematizada por todos os profissionais, garantindo uma atuação em tempo útil. A existência de protocolos ou instruções de trabalho são consideradas ferramentas de apoio à qualidade dos cuidados (Dehaut, 2024).

Os serviços onde decorreram os estágios dispunham de protocolos e de uma organização estruturada das equipas de trabalho, orientados para dar resposta aos pilares definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Evidenciava-se uma preocupação constante com a prevenção de complicações, nomeadamente o desenvolvimento de úlceras por pressão, cuja ocorrência é mais frequente em doentes ventilados e totalmente dependentes na mobilização. Neste sentido, os protocolos internos preconizavam a realização de mobilizações regulares a cada 2 horas. Os doentes sujeitos a ventilação não invasiva (VNI), são também vítimas frequentes de lesões faciais provocadas pela pressão das interfaces da VNI, agravando o problema de base e atrasando a reabilitação do mesmo. Para isso, podemos recorrer a estratégias para minimizar esta situação, como sejam a aplicação de placas hidrocolóides profiláticas, de forma a garantir que não surjam lesões (Feijão, 2022; Quitério, 2019). A utilização de escalas é também uma prática de qualidade que permite aos enfermeiros anteciparem o aparecimento de uma complicação. Neste caso as Instituições tinham como referência a escala de Braden. Existe também a escala de Cubbin & Jackson para avaliação do risco de úlceras por pressão em contexto de intensivos, no entanto a evidência tem revelado que a escala de Braden tem alta sensibilidade e previsão negativa, enquanto, a escala de Cubbin & Jackson tem alta especificidade, evidenciando que a escala de Braden tem melhor validade geral (Liu et al., 2013). No entanto, Monteiro (2021) vem defender que a escala CALCULATE (*Critical Care Pressure Ulcer Assessment Tool made Easy*) é mais indicada para a avaliação do risco de úlcera por pressão, quando se trata de PSC, por apresentar maior equilíbrio entre as propriedades preditivas e considerando que a previsão feita pela escala de Braden é quase aleatória.

O risco de queda constitui, igualmente, um evento adverso de elevada prevalência em ambiente hospitalar, sendo particularmente acentuado em contextos de elevada afluência de doentes, como é o caso dos serviços de urgência. As quedas são consideradas um problema de saúde pública e a sua ocorrência é uma das principais causas de internamento hospitalar, conduzindo a uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). As estratégias para prevenção de quedas nas instituições de saúde são reais desafios para todas as instituições e profissionais de saúde. A evidência tem alertado para ferramentas e estratégias que permitam essa efetividade, como exemplo a construção do protótipo de *serious game* para prevenção de quedas, que permitem a orientação à adesão de condutas para evitar os incidentes com quedas (Lino, 2023). A formação é também considerada uma estratégia eficaz para reduzir a taxa de quedas em meio hospitalar (Ximenes et al., 2021). Como instrumento de apoio à monitorização do risco de queda, destaca-se a Escala de Morse, aplicável a adultos e idosos (Veras et al., 2021), sendo esta a ferramenta de avaliação mais amplamente utilizada no contexto hospitalar.

No que diz respeito ao armazenamento, preparação e administração de medicamentos, sabe-se que os incidentes, efeitos adversos e complicações que comprometam a segurança do doente, podem ocorrer em qualquer etapa do circuito do medicamento, pelo que é fundamental que se adotem práticas seguras (Vieira et al., 2025). Em contexto de urgência a preparação, armazenamento e administração de fármacos pode ser um verdadeiro desafio devido às condições estruturais e de funcionamento dos serviços. Práticas como a dupla verificação da prescrição, a avaliação criteriosa do doente para identificar possíveis incompatibilidades na administração de medicação, a monitorização e prevenção de intercorrências, bem como a pesquisa bibliográfica para sustentação das práticas assistenciais, constituíram estratégias fundamentais para a otimização da gestão do risco nas suas diversas vertentes (Vilela et al., 2022; Weant et al., 2014).

A dupla verificação da medicação antes da administração deve ser uma prática a implementar de forma a reduzir os erros associados. Assim como, o respeito pelas regras de armazenamento dos medicamentos de alta vigilância (Norma n.º 008/2023, 2023) nomeadamente os medicamentos LASA (*Look-a-Like/Sound-a-Like*) e os medicamentos de alerta máximo (MAM). Nos serviços onde foram desenvolvidos os estágios, constatou-se uma preocupação evidente com a implementação de procedimentos específicos, nomeadamente no que se refere ao armazenamento e manuseamento de medicamentos de alerta máximo, como o cloreto de potássio. Para reforçar a segurança, estavam estabelecidos mecanismos de sinalização de alerta, com a disponibilização de unidoses devidamente etiquetadas e de acesso restrito aos profissionais de saúde. Adicionalmente, como medida de controlo da

qualidade, era realizada uma verificação sistemática das condições de armazenamento e da validade dos fármacos, assegurando a conformidade com as normas de segurança e boas práticas clínicas. Ainda, nestes serviços existiam práticas de auditorias de qualidade, de forma a verificar se as normas emitidas pela DGS nesta área eram respeitadas.

A auditoria consiste num processo sistemático que, por meio da recolha e análise de evidências, permite avaliar a fiabilidade e a qualidade da execução das atividades desenvolvidas, em conformidade com os critérios, requisitos, políticas e procedimentos definidos (Remache-Silva et al., 2021). As auditorias em enfermagem representam um mecanismo fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, através de uma avaliação sistemática que permite monitorizar e controlar os processos internos, garantindo a conformidade com as melhores práticas e normativas estabelecidas (Serra et al., 2022).

A competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, é fundamental para uma promoção de um ambiente terapêutico seguro e para a excelência na prestação de cuidados.

### **2.1.3. Gestão de Cuidados**

Segundo a OE, o EE deve desenvolver competências de gestão, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A OE estabelece que o enfermeiro gestor tem a responsabilidade de assegurar, na equipa que lidera, uma prática profissional pautada por elevados padrões éticos, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, otimizando as respostas às necessidades dos doentes (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

Habilidades de comunicação, resiliência, assertividade e capacidade de tomada de decisão rápida e fundamentada são competências essenciais no desempenho das funções de gestão atribuídas ao EE. Estas características permitem-lhe liderar eficazmente a equipa, gerir situações complexas e garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Fowler et al., 2021; Hughes et al., 2022; Niinihuhta & Häggman-Laitila, 2022).

Os contextos complexos exigem que os enfermeiros com responsabilidades de gestão detenham competências para administrar de forma eficaz os recursos materiais, humanos e assistenciais. No exercício destas funções, o EE assume um papel determinante na coordenação da equipa, promovendo o desenvolvimento profissional, gerindo conflitos, assegurando a qualidade dos cuidados prestados com base na evidência científica e otimizando os recursos disponíveis para uma prestação de cuidados eficiente e segura (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

A gestão de conflitos nas equipas é uma responsabilidade fundamental do EE, enquanto líder. Compete-lhe promover um ambiente de trabalho positivo e propício à prática profissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019), promovendo a comunicação eficaz, a cooperação e a implementação de estratégias que fortaleçam a coesão e a eficiência da equipa. Dessa forma, procura-se prevenir a desmotivação e a redução do desempenho dos profissionais, mitigando eventuais impactos negativos na qualidade dos cuidados prestados (Beserra et al., 2018).

Para instituir as prioridades no âmbito da saúde e determinar os resultados dos cuidados de saúde, é fundamental que os líderes, em enfermagem tenham capacidade de influência. Esta aptidão é alcançável integrando vários atributos de competência, credibilidade, compromisso, capacidades de comunicação e requisitos como a autoridade, a colaboração, a integridade e assessoria (Sundean et al., 2021).

Nas instituições de saúde, a liderança desempenha um papel fundamental, afetando os resultados para profissionais, doentes e ambiente de trabalho. Esta, pode ser definida como a capacidade de influenciar e motivar os outros a desenvolverem o seu potencial máximo, com o propósito de alcançar objetivos, concretizar tarefas e executar projetos de forma eficaz (Specchia et al., 2021). Durante os estágios, os tipos de liderança eram adaptados dependendo das circunstâncias. O tipo de liderança observada em ambos contextos, SUMC e SMI, enquadrava-se nos modelos de Liderança Transformacional e Autêntica, caracterizando-se pela valorização das relações interpessoais e do desenvolvimento profissional. Este modelo de liderança promove um ambiente de respeito e otimismo, fomentando a satisfação, a motivação e o pleno desenvolvimento do potencial dos profissionais (Specchia et al., 2021; Peixoto, 2012).

Durante o período de estágio no SUCM, foi possível acompanhar o enfermeiro responsável de equipa, o que proporcionou uma oportunidade para compreender o contributo do EE na gestão do serviço. Enquanto enfermeiro em exercício de funções de gestão delegadas, o enfermeiro responsável de equipa desempenhava um papel fundamental na organização e funcionamento do serviço, assegurando a otimização dos recursos, a agilização dos procedimentos, a coordenação da equipa de enfermagem e a interlocução eficaz com os demais elementos das equipas multidisciplinares, garantindo, assim, a eficiência e qualidade dos cuidados prestados.

Neste exercício, destaca-se o papel do enfermeiro da Ambulância SIV, que assumia funções de liderança na equipa, enquanto profissional com maior diferenciação técnica e científica. Competia-lhe a realização da avaliação clínica do doente e a tomada de decisão relativamente às intervenções a implementar, em conformidade com os Protocolos SIV, assegurando a prestação de cuidados de emergência seguros e eficazes (Oliveira & Martins, 2013). Este

profissional, garante a operacionalidade do meio de emergência, assegurando a supervisão e verificação dos materiais clínicos, fármacos e equipamentos da ambulância. Neste contexto, assumia um papel fundamental na gestão e organização dos recursos, promovendo um trabalho em equipa eficaz e delegando tarefas de forma estratégica, de modo a otimizar a resposta em situação de emergência (Parecer n.º 04/2021, 2021).

Nos serviços onde foram desenvolvidos os estágios, o software de apoio à gestão para realização dos horários mensais dos profissionais era o RISI GH.

#### **2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O processo de aquisição de competências pressupõe que o EE alicerce a sua prática clínica especializada em evidência científica contribuindo nos processos de aprendizagem. A capacidade de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade assume uma dimensão relevante na perceção de fatores capazes de influenciar a relação terapêutica com o doente e a interação com a equipa multiprofissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O estágio no SUMC foi revelador de algumas fragilidades, tendo sido sentidas algumas debilidades que se prenderam, essencialmente, com a adaptação ao sistema informático e com a gestão de procedimentos face ao elevado número de doentes. O sistema informático adotado no SU, era o SClínico®, como já foi referido, sistema este que não é o *software* habitual de trabalho diário. Esta questão resultou num processo de aprendizagem gradual, mas efetivo e exigente, porque a aplicação informática nem sempre é intuitiva. A observação sistemática e a utilização contínua da aplicação, maximizando todas as oportunidades disponíveis, demonstraram ser as estratégias mais adequadas e eficazes para a sua compreensão e domínio.

A consciencialização das dificuldades e os processos gerados consequentes refletem o desenvolvimento de capacidades de autoconhecimento e assertividade constituindo aprendizagens relevantes na instituição de relações terapêuticas e multidisciplinares (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A prática clínica em contexto extra-hospitalar e em particular numa Ambulância SIV, apresenta desafios constantes e imprevisíveis. A responsabilidade inerente à avaliação, análise e tomada de decisão relativamente às intervenções a implementar, sustentadas por protocolos clínicos complexos, exige ao enfermeiro, enquanto líder da equipa, um elevado nível de exigência e discernimento (Parecer n.º 04/2021, 2021; Regulamento n.º 226/2018, 2018). A imprevisibilidade das situações e do ambiente envolvente potencia um desgaste físico e emocional significativo, requerendo a mobilização de diversas competências na gestão do

conhecimento, da intervenção e das emoções (Oliveira & Martins, 2013). Durante o estágio na Ambulância SIV, várias foram as ocorrências em que foram mobilizadas competências que implicaram a gestão emocional dos intervenientes, nomeadamente nas situações que envolviam a morte ou o socorro a crianças. Uma das situações experienciadas envolveu o acionamento para o socorro de uma criança de 3 anos com crise convulsiva. Tratando-se do primeiro episódio, a mãe apresentava um estado de ansiedade e preocupação evidente. O quadro clínico parecia compatível com uma crise convulsiva febril, sendo essa a etiologia mais provável. Considerando este diagnóstico, foram implementadas medidas adequadas, nomeadamente o arrefecimento corporal e a administração de antipiréticos, conforme estabelecido no Protocolo SIV, não sendo expectável a recorrência do episódio convulsivo. Neste contexto, revelou-se essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica com a mãe, proporcionando-lhe suporte emocional e esclarecimento, de forma a minimizar a angústia associada à condição aguda da filha. Numa situação, com esta exigência emocional, a empatia e simpatia de uma mãe para outra emerge, o que pode em algumas situações interferir com a intervenção necessária. Neste contexto, a situação evoluiu positivamente, mas caso isso não tivesse acontecido, levaria a uma exigente gestão emocional. Para isso, foi realizada uma pesquisa da evidência e procuradas estratégias que poderiam ser implementadas numa situação que exigisse uma intervenção diferenciada. Foram encontradas sugestões como aplicação de protocolos de más notícias, como exemplo o protocolo de Buckman (*SPIKES Model*) (Mahendiran et al., 2023), e se necessário ativar o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC).

A formação profissional deve assumir um papel de destaque na prática clínica, permitindo munir os profissionais de conhecimentos e competências que os capacitam para novos desafios, alargando as áreas de responsabilidade e de intervenção, potenciando uma evolução contínua e sustentada (Regulamento n.º 656/2021, 2021). A formação constitui uma ferramenta fundamental para a mudança, configurando-se, como uma estratégia facilitadora na modificação de condutas e na adoção de novas disposições, promovendo a reflexão sobre as práticas de cuidados de enfermagem e impulsionando a sua melhoria contínua. Paralelamente, a formação em serviço assume-se como um meio dinâmico de atualização em contexto laboral, proporcionando um ambiente de aprendizagem colaborativo, no qual todos os participantes se encontram envolvidos ativamente (Ferreira, 2015).

Sendo uma área de grande relevância, e considerando a formação como um instrumento essencial para a aquisição de novas competências, procurou-se alinhar as necessidades formativas dos locais de estágio, com a pertinência dos conteúdos abordados, privilegiando o desenvolvimento de competências e a maximização das oportunidades de aprendizagem.

Atendendo à experiência profissional prévia, foram planeadas ações de formação na área da Emergência Médica, nos contextos do SUMC e da Ambulância SIV, permitindo uma partilha de conhecimentos e práticas. Já no contexto do SMI, optou-se por abordar um tema, desafiante, e fora da área de conforto, exigindo uma preparação, organização e planeamento formativo diferente das experiências nos outros estágios.

Durante o estágio, surgiu ainda a oportunidade de frequentar uma formação em serviço subordinada ao tema “Transporte de Doente Crítico”. Embora já existissem conhecimentos e experiência profissional prévia na área, esta oportunidade foi enriquecedora para aprofundar e consolidar competências na dimensão intra e inter-hospitalar. Permitindo uma abordagem mais abrangente e integrada desta área, assim como a consciencialização, que mesmo tendo experiência, o processo de aprendizagem é contínuo, e que podemos sempre aprender, sendo fundamental estarmos abertos a esse processo de crescimento.

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

A PSC tem a sua vida ameaçada por falência ou eminência de falência de funções vitais e os cuidados de enfermagem associados devem ser altamente qualificados para permitir a manutenção dessas funções, prevenindo complicações e limitando incapacidades com o intuito da sua recuperação total. Este desafio exige ao enfermeiro que desenvolva competências nos domínios: i) cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; ii) dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e iii) maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante o doente crítico e/ou em falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Em seguida é realizada a reflexão crítica sobre o desenvolvimento destas competências em contexto de estágio.

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

O EE deve promover e implementar respostas adequadas e ajustadas à complexidade das situações de saúde mobilizando conhecimentos e capacidades assegurando uma intervenção eficiente em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Alinhada com esta perspetiva, a metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) constitui uma ferramenta imprescindível enquanto abordagem

sistematizada à PSC identificando situações potencialmente fatais e estabelecendo uma sequência prioritizada de intervenções (*Advanced Trauma Life Support* [ATLS], 2018).

A metodologia ABCDE, ao definir uma sequência sistemática, lógica e contínua de avaliação e intervenção, constitui um instrumento fundamental para a deteção precoce de situações potencialmente fatais, permitindo prevenir a deterioração clínica e assegurar a implementação atempada das intervenções mais adequadas. Adicionalmente, a aplicação do ABCDE promove a utilização de uma linguagem e abordagem uniformizadas, favorecendo a comunicação e a eficiência do trabalho em equipa, refletindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (INEM, 2024). A utilização da metodologia ABCDE na avaliação dos doentes no SUMC e na Ambulância SIV foi essencial para uma abordagem sistematizada que permitiu a deteção precoce de situações com potencial risco de vida.

A integração da metodologia ABCDE na abordagem à PSC permitiu a identificação e avaliação precoce de focos de instabilidade que promoveram a execução de procedimentos e técnicas de elevada complexidade. São exemplos a colocação de dispositivos supraglóticos para ventilação assistida, manobras de reanimação cardiopulmonar enquadradas nos Protocolos SIV, realização de eletrocardiograma em casos de suspeita de Síndrome Coronário Agudo ou a aplicação de técnicas de imobilização segundo a mais recente evidência científica.

Doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio, Cetoacidose Diabética, Urosépsis ou Tromboembolismo Pulmonar exigiram o conhecimento e a capacidade de mobilizar e aplicar protocolos complexos, na antecipação e na prevenção de complicações, assim como, a promoção de uma gestão eficaz da dor.

Como exemplo prático, destaca-se um cenário de trauma em que a equipa foi acionada para assistir um doente do sexo masculino, com aproximadamente 70 anos, vítima de embate frontal contra um poste. Durante a avaliação inicial do cenário, identificou-se uma cinemática de impacto de intensidade moderada. A abordagem estruturada segundo a metodologia ABCDE revelou uma via aérea patente, discreta polipneia, com uma oximetria de 90% com necessidade de suplementação de oxigénio através de máscara simples a 3 litros por minuto. A auscultação pulmonar evidenciou murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem a presença de ruídos adventícios. A nível do C- circulatório, não foram identificadas alterações significativas. A avaliação neurológica demonstrou um índice de Glasgow de 14, com discurso confuso, sendo ainda registada uma glicemia capilar superior a 400 mg/dl. Na avaliação da exposição, observaram-se pequenas escoriações na face. Neste contexto, uma avaliação mais especializada revelou-se fundamental para compreender a totalidade do quadro clínico. Considerando a presença de um trauma, tornou-se essencial a aplicação de uma abordagem

sistematizada segundo a metodologia ABCDE, garantindo a estabilização do doente de acordo com as orientações mais recentes. Destacou-se a necessidade de posicionamento em proclive a 30°, com o objetivo de minimizar o risco de agravamento de um possível traumatismo crânio-encefálico, bem como a implementação de uma vigilância contínua para antecipação de potenciais instabilidades e complicações (INEM, 2013a). Paralelamente, foi igualmente relevante a avaliação de um possível quadro de descompensação de Diabetes *Mellitus*, que poderia justificar a alteração do estado neurológico, nomeadamente o discurso confuso apresentado pelo doente.

O cuidado à PSC e seu familiar é uma experiência exigente mesmo para profissionais treinados. Uma das experiências mais impactantes experienciada ocorreu durante a prestação de cuidados especializados a um doente vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico, submetido à colocação de dois cateteres de Derivação Ventricular Externa (DVE). Dada a complexidade e especificidade desta área, a monitorização contínua deste doente surgiu como uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas. O doente encontrava-se em ventilação mecânica invasiva (VMI), sob sedoanalgesia, com administração de vasodilatador e cloreto de sódio a 20% em perfusão contínua. A gestão desta situação clínica exigiu uma abordagem diferenciada, integrando a monitorização rigorosa dos parâmetros hemodinâmicos e neurológicos, a otimização da terapêutica instituída e a avaliação contínua do risco de complicações associadas.

A VMI constitui uma das intervenções mais frequentemente utilizadas na abordagem à PSC em contexto de SMI. Esta técnica permite assistir ou substituir a ventilação espontânea, sendo realizada através de um tubo orotraqueal ou de uma traqueostomia, conectados a um ventilador mecânico (Cruz & Martins, 2019). No caso específico descrito, a ventilação foi estabelecida na modalidade de Pressão Assistida (PA), com uma adaptação eficaz ao suporte ventilatório, através de uma gestão criteriosa da sedoanalgesia, fator determinante para o conforto e estabilidade clínica. O doente apresentava instabilidade hemodinâmica, caracterizada por dificuldades no controlo da pressão arterial, com impacto direto nos valores da Pressão Intracraniana (PIC) e conseqüente aumento da drenagem de Líquido Cefalorraquidiano (LCR). Dada esta condição, foi necessária uma gestão criteriosa da sedoanalgesia e do vasodilatador, com o objetivo de manter uma Pressão Arterial Média (PAM) adequada e individualizada. Considerando que se tratava de um doente hipertenso e não aderente à terapêutica habitual, a sua curva de autorregulação encontrava-se desviada para a direita, tornando-o mais tolerante a intervalos de PAM mais elevados e menos tolerante a valores considerados normotensivos. A ocorrência de um episódio de difícil controlo da

pressão arterial, no contexto do desmame da sedação para uma eventual extubação evidenciou a importância da diferenciação dos cuidados prestados a estes doentes, que exige uma abordagem especializada e individualizada. Perante a necessidade de reajustar a sedoanalgesia e o vasodilatador, verificou-se que, apesar das intervenções, os valores de pressão arterial permaneciam elevados. Nesta constatação e uma vez que o doente não tinha analgesia prescrita, levou a uma solicitação de suporte de outros elementos da equipa multidisciplinar. Assim, foi sugerida a prescrição de analgesia, cuja administração se revelou extremamente eficaz no controlo tensional, e também na garantia do bem-estar da PSC. Doentes com valores elevados de pressão arterial frequentemente apresentam cefaleias (Sakamoto et al., 2021), o que pode contribuir para o aumento do desconforto e comprometer o processo de recuperação.

Considerada a modalidade de monitorização invasiva de referência (*Golden Standard*), a DVE constitui uma ferramenta essencial tanto no diagnóstico como na terapêutica da Hipertensão Intracraniana (HIC), sendo indicada em situações como Hemorragia Intraventricular, Hidrocefalia, Tumores, Edema Cerebral, entre outras. As suas principais funções incluem a monitorização da PIC, a drenagem de LCR e a administração de antibióticos (Sakamoto et al., 2021).

A monitorização da PIC apresenta-se de forma quantitativa, com valores que podem variar entre 0 e menos de 15 mmHg, sendo o valor considerado normal cerca de 10 mmHg. Paralelamente, pode ser representada graficamente através de uma curva pulsátil composta por três ondas: P1, correspondente à pulsação arterial; P2, relacionada com a complacência intracraniana; e P3, que reflete o encerramento da válvula aórtica.

Destaca-se a importância da interpretação integrada dos valores da PIC e da configuração da curva pulsátil, uma vez que, mesmo dentro dos limites considerados normais, a curva pode apresentar alterações indicativas de reduzida complacência cerebral. Esta análise aprofundada é essencial para a adoção de intervenções adequadas e oportunas. As intervenções de enfermagem, neste contexto exigem um nível diferenciado e especializado de atuação, garantindo cuidados de elevada complexidade. O EE deve compreender a abrangência da sua intervenção, incorporando procedimentos fundamentais, como a elevação da cabeceira a 30° e o correto posicionamento da DVE. Além disso, deve deter uma capacidade crítica que lhe permita identificar e antecipar fatores com impacto direto ou indireto sobre a PIC, assegurando uma abordagem rigorosa e baseada na melhor evidência científica.

Neste contexto, é relevante considerar a percepção de que uma possível hipóxia pode induzir uma hipóxia cerebral, o que resulta em vasodilatação e aumento do fluxo sanguíneo cerebral.

Esse aumento do volume sanguíneo pode ocasionar elevações na PIC, levando à diminuição da pressão de perfusão cerebral e, conseqüentemente, à isquemia.

Também de referir o desafio de gestão de protocolos complexos, como seja a determinação de Morte Cerebral, e o cumprimento de várias etapas de validação. Embora não tenha sido possível participar diretamente nesta atividade, a oportunidade de observar todo o processo revelou-se fundamental para a promoção de uma análise e reflexão crítica sobre a sua complexidade, bem como as potenciais responsabilidades do EE na sua gestão e execução. A determinação da morte cerebral exige a verificação de um conjunto de condições prévias, como a identificação da causa subjacente e a confirmação da irreversibilidade do quadro clínico. Além disso, é necessário observar a presença de coma profundo, com ausência de resposta motora a estímulos dolorosos na área dos pares cranianos, ausência de respiração espontânea, estabilidade hemodinâmica, bem como a exclusão de fatores como hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, efeito de agentes depressores do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares. Adicionalmente, é imprescindível a realização de uma sequência de procedimentos específicos para a confirmação do diagnóstico, incluindo a verificação da ausência de reflexos fotomotores, com pupilas de diâmetro fixo; reflexos óculocefálicos; reflexos oculovestibulares; reflexos córneo-palpebrais e reflexo faríngeo. Além disso, torna-se necessário proceder à prova de apneia, de modo a confirmar a ausência de respiração espontânea. A determinação de morte cerebral exige a realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas, com um intervalo adequado à situação clínica e à idade do doente. Estes procedimentos devem ser conduzidos por dois médicos especialistas, que não integrem as equipas de transplantação de órgãos, sendo ainda requisito que, pelo menos um deles, não pertença ao serviço onde o doente se encontra internado (Ordem dos Médicos, 1994). A certificação de morte cerebral pode dar início ao processo de identificação de um potencial dador de órgãos, o qual envolve a implementação de procedimentos específicos e complexos. Estes visam garantir a máxima viabilidade e diversidade dos órgãos a serem disponibilizados para transplante, assegurando a otimização do processo de doação e a sua adequação às necessidades dos recetores. A prestação de cuidados especializados reveste-se de uma importância fundamental na gestão e condução de todo este processo, garantindo a sua eficácia e conformidade com as melhores práticas (Faria, 2017).

A diferenciação do EE emerge com a apropriação de um nível de pensamento crítico que demonstre uma proficiência que lhe permite antecipar e identificar potenciais focos de instabilidade, além de gerir eficazmente as complicações associadas. A sua capacidade de intervenção precisa e fundamentada é essencial para a manutenção da estabilidade do doente e para a prevenção de conseqüências adversas no quadro clínico.

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

“Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o EE atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento n.º 135/2018, 2018, p. 19363).

Uma situação de exceção corresponde a um cenário extremo caracterizado por um desequilíbrio, pontual ou prolongado, entre os recursos disponíveis e as necessidades identificadas, comprometendo a capacidade de resposta dos serviços perante a complexidade da situação (INEM, 2024).

O enfermeiro de Ambulância SIV, enquanto enfermeiro de emergência extra-hospitalar, detém um conhecimento e um pensamento sistematizado que o capacita e o responsabiliza pelos cuidados de enfermagem necessários numa situação de emergência ou catástrofe (Regulamento n.º 226/2018, 2018). Nesse sentido, poderá constituir a primeira equipa a chegar ao local, dando início a um processo de gestão que se pretende organizado e eficiente

Para o cuidado à pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe, é fundamental a priorização de intervenções, em que a implementação de um método de triagem constitui um procedimento essencial com o objetivo de prestar ao doente certo os cuidados certos no tempo e no lugar certo (Khan, 2018). O processo de triagem constitui um método estruturado de classificação de doentes, que visa estabelecer prioridades na prestação de cuidados e na alocação eficiente de recursos, com o propósito de maximizar a probabilidade de sobrevivência e assegurar uma resposta adequada à gravidade clínica de cada situação (Lu et al., 2022). Considerando a Triagem START (*Simple Triage And Rapid Treatment*), preconizada pelo INEM, a triagem é realizada em duas fases distintas. A primeira, denominada triagem primária, consiste numa avaliação rápida e priorização das vítimas com base em três critérios fundamentais: capacidade de locomoção, presença de feridas, e parâmetros respiratórios e cardíacos (a vítima anda? Está ferida? Respira? Qual a frequência respiratória e cardíaca?). Posteriormente, procede-se à triagem secundária, que permite a recategorização das vítimas através do método *Triage Revised Trauma Score*, o qual se baseia na avaliação de três variáveis fisiológicas: frequência respiratória, nível de consciência segundo a Escala de Coma de Glasgow, e pressão arterial sistólica (INEM, 2024).

Tendo em conta que a emergência se refere a qualquer situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe vivenciada por um indivíduo, grupo ou comunidade, que requer uma avaliação e intervenção imediata, integral, oportuna e de qualidade, no local

(Regulamento n.º 226/2018, 2018), o EE no cuidado à PSC tem de ser capaz de mobilizar conhecimentos e ferramentas de forma eficaz num período curto de tempo, de forma a dar resposta à incerteza e à instabilidade. Este facto pode ser ilustrado pela experiência vivenciada em contexto extra-hospitalar de um evento com um doente sexo feminino, com cerca de 70 anos, em que o acionamento era por inconsciência. À nossa chegada a senhora encontrava-se caída no duche, com alteração do estado de consciência e a respirar. Como antecedentes pessoais conseguimos aferir que já tinha sido operada a uma hemorragia subaracnoideia por rutura de aneurisma e realizado uma lobectomia do pulmão esquerdo. À nossa avaliação com discreto ressonar, sem alterações significativas na ventilação, oscilando entre ligeira bradicardia e normocardia, PAM de 90 Hg, GCS de 7 e pupilas em anisocoria com midríase à esquerda. Após validação médica, foi realizado sedoanalgesia, colocado máscara laríngea e ventilação manual, sendo otimizada para a normocapnia (valores 35-45 mmHg) (Carney et al., 2016), prevenindo uma potencial isquemia ou edema cerebral pela hipocapnia ou hipercapnia persistente (Almanza-Hurtado et al., 2022; Carney et al., 2016). Durante o transporte, a vigilância dos parâmetros vitais e a gestão da sedoanalgesia constituíram prioridades na prevenção e deteção precoce de potenciais complicações inerentes (Ahmad Althmali et al., 2024), nomeadamente a hipertensão intracraniana (Behouche et al., 2022). Contrariamente às situações de emergência que não foram muito frequentes, as situações de exceção, nomeadamente em contexto de SUMC foi algo muito frequente, devido à elevada procura de cuidados neste serviço, e cuja dotação de profissionais não permitia dar respostas às necessidades. Os hospitais, atualmente, operam, frequentemente perto do limite da capacidade de resposta às solicitações diárias, o que lhes confere uma vulnerabilidade particularmente preocupante na eventualidade de ocorrência de uma catástrofe (Costa, 2022).

Das exceções vivenciadas foi possível constatar a importância de priorização de intervenções de forma a garantir a segurança dos cuidados. Neste contexto, considera-se essenciais competências que permitam uma triagem eficiente e a gestão de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No que diz respeito à catástrofe, esta é definida com uma conotação negativa, desoladora e constitui uma situação de emergência de grande magnitude, com potencial para causar danos materiais significativos e um elevado número de perdas de vidas humanas (INEM, 2024; Santos & Dixe, 2017). Embora as catástrofes não ocorram com frequência, quando se verificam, têm um impacto significativo, causando elevados níveis de destruição e impacto a nível social, mental, político e económico (Emaliyawati et al., 2025). Ao longo do período do curso, registaram-se diversos eventos catastróficos a nível internacional, incluindo sismos,

derrocadas e inundações, com consequências humanas e materiais de extrema gravidade. Esta realidade evidencia a importância da preparação dos profissionais de saúde para lidar com este tipo de situações, que, apesar de esporádicas, são concretas e exigem uma resposta eficaz e organizada. Neste âmbito, a realização de simulacros e a utilização de técnicas de simulação assumem um papel fundamental na capacitação dos profissionais e da comunidade, contribuindo para uma resposta mais eficiente e segura perante cenários de risco (Godinho, 2020). O “exercício de simulação em mesa” (*Tabletop Disaster Exercise*) constitui um método estratégico que visa melhorar a preparação e a eficiência na capacidade de resposta em situações de catástrofe. Através da apresentação de diversos cenários de catástrofe, os participantes discutem estratégias de gestão e resolução do cenário permitindo desenvolver e melhorar as competências na gestão de uma situação real (Fathoni et al., 2019). Durante o período de estágio, não se verificou qualquer oportunidade de participação num exercício de simulação

Ainda sobre a preparação para catástrofes, verificou-se que no SUMC, onde se desenvolveu o estágio, o plano de catástrofe se encontrava desatualizado face à reorganização do serviço, decorrente da recente reestruturação de infraestruturas. Este facto, é considerado um risco para eventuais situações que exigem uma atuação coordenada, treinada e eficiente.

Os planos de intervenção em catástrofe e/ou em situações de emergência multivítimas inserem-se num pensamento estratégico que visa a otimização de recursos, circuitos e procedimentos face a contextos de elevada exigência e desproporção entre necessidades e meios disponíveis. A sua planificação antecipada tem como objetivo maximizar a rentabilização dos recursos existentes, promovendo uma resposta eficiente e eficaz, ajustada às exigências da situação (Tomé, 2018).

A inexistência de planos adequados para a gestão de catástrofes e situações de exceção pode comprometer a eficácia da resposta, resultando numa atuação desorganizada e pouco eficiente. Assim, é fundamental que as instituições hospitalares adotem políticas estruturadas e desenvolvam planos de intervenção que assegurem uma gestão global e eficiente das catástrofes, garantindo a otimização dos recursos disponíveis e a prestação de cuidados de qualidade em contextos de elevada exigência (Costa, 2022).

No que concerne à questão da preservação dos vestígios de indícios de prática de crime enquanto competência do EE, não registou durante o estágio qualquer evento que indiciasse este tipo de ocorrência. Sendo a sua principal área de atuação a salvaguarda da vida, é essencial que o EE esteja devidamente sensibilizado para a importância da preservação de vestígios em contextos clínicos que evidenciem possíveis indícios de crime. Os vestígios presentes com potencial interesse forense são, frequentemente, frágeis e suscetíveis de

rápida degradação. A sua integridade pode ser comprometida ou mesmo anulada, caso não sejam adotadas medidas adequadas de preservação e manipulação, o que reforça a importância da formação e sensibilização dos profissionais de saúde para esta dimensão da prática assistencial, de modo a não comprometer uma futura investigação forense (Ferreira, 2018).

### **2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) representam um problema de elevada relevância, com impacto significativo nos doentes, nas unidades de saúde e nas comunidades. Neste contexto, o EE deve responder de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da PSC e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A prevenção e controlo de infeção envolve uma responsabilidade tanto individual quanto coletiva, não se restringindo unicamente ao compromisso de um conjunto de profissionais incumbidos de desenvolver um programa específico. O sucesso destes programas depende da adoção e do empenho de cada profissional, que, ao estar envolvido na assistência ao doente, implementa as medidas recomendadas (Mourão & Chagas, 2020).

A implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) configura-se como uma prática fundamental na redução do risco de infeção e na prevenção da transmissão cruzada, contribuindo para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados (Direção-Geral da Saúde, 2013).

As PBCI são compostas por 10 itens: 1. Colocação de doentes 2. Higiene das mãos 3. Etiqueta respiratória 4. Utilização de equipamento de proteção individual (EPI) 5. Descontaminação do equipamento clínico 6. Controlo ambiental 7. Manuseamento seguro da roupa 8. Recolha segura de resíduos 9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis 10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Também o cumprimento rigoroso dos feixes de intervenção emanados da DGS, nomeadamente, Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (Direção-Geral da Saúde, 2022d); Prevenção de Infecção Urinária associada a Cateter Vesical (Direção-Geral da Saúde, 2022c); Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico (Direção-Geral da Saúde, 2022a); Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central (CVC) (Direção-Geral da Saúde, 2022b), são medidas importantes para reduzir as IACS.

No que diz respeito aos cateteres venosos centrais, estes são frequentemente utilizados no cuidado à PSC, nomeadamente em contexto de SMI, tanto para a administração de terapêutica, como para a monitorização contínua de parâmetros fisiológicos (E. A. Silva & Cruz, 2018). No entanto, associado a este dispositivo médico existe uma elevada taxa de infeção. Neste âmbito, e em conformidade com o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos, a adoção do "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o CVC, na norma da DGS (2022b), orientou a prestação de cuidados à PSC com CVC, no SMI. Medidas como a promoção da higiene das mãos na manipulação do CVC, a utilização de medidas de proteção individual e técnica asséptica, assim como o privilegiar da veia jugular interna ou veia subclávia como locais de inserção do CVC e a avaliação diária da necessidade de manutenção do CVC constituíam práticas indissociáveis do contexto de cuidados no SMI.

Ainda em contexto SMI, a maioria dos doentes necessitava de ventilação invasiva que, pelas suas especificidades, conduz ao aumento das taxas de Pneumonia Associada à Ventilação, uma complicação com impacto significativo na morbimortalidade dos doentes críticos. Também para este tipo de IACS, a DGS, emitiu através do "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação, a adoção de um conjunto de medidas preventivas, baseadas em evidência científica (Norma n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022), como sejam: manutenção da cabeceira da cama elevada a 30 graus, a manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20-30 cm H<sub>2</sub>O, os cuidados de higiene oral com clorhexidina oral pelo menos uma vez por turno.

No SUMC, a intensa afluência de doentes e a conseqüente sobrelotação dos espaços, bem como a insuficiente dotação de profissionais em cada área, com conseqüente acréscimo das responsabilidades, constituíram algumas das limitações que tiveram de ser geridas para o cumprimento o mais rigoroso possível das recomendações preconizadas na prevenção e controlo da infeção inerentes à prestação de cuidados. Uma das situações que exigiu uma gestão particularmente preventiva prendeu-se com a abordagem a doentes que requeriam a implementação de Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão. Para além das medidas universais de prevenção e controlo de infeção, foi necessário recorrer à utilização de

cortinados de separação e à alocação estratégica destes doentes em áreas mais isoladas, de modo a minimizar o risco de transmissão cruzada. Foram igualmente asseguradas práticas rigorosas, como a correta utilização de EPI, a higienização adequada das mãos e o manuseamento seguro da roupa e outros materiais potencialmente contaminados, em conformidade com as normas institucionais e as boas práticas de controlo de infeção.

A utilização de uma escala de monitorização de risco de infeção, como a Rodríguez–Almeida–Cañon (RAC) *adult infection risk scale*, poderá constituir uma ferramenta útil na implementação das medidas mais adequadas para a segurança do doente (Luz Rodríguez-Acelas et al., 2021).

As escalas de avaliação clínica constituem ferramentas fundamentais na prática assistencial, apresentando diversas contribuições significativas para a tomada de decisão em saúde, facilitando a estratificação do risco, a definição de prioridades nas intervenções e o acompanhamento da evolução clínica, otimizando a gestão do tempo com um impacto positivo no doente e nas instituições (Rodríguez Acelas & Cañon Montañez, 2018)

O contexto extra-hospitalar, onde a imprevisibilidade das situações clínicas, a necessidade de garantir o cumprimento das práticas de controlo de infeção, bem como a limitação de recursos materiais, colocaram desafios acrescidos à prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. A preocupação com a implementação rigorosa das PBCI, conforme preconizado no Manual de Prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde do INEM, esteve sempre presente ao longo da prática. A descontaminação dos pontos críticos da célula sanitária entre cada ocorrência, a utilização adequada de EPI e a higienização dos equipamentos utilizados, com recurso aos produtos recomendados pelo INEM (INEM, 2020), constituíram procedimentos sistemáticos, essenciais à mitigação do risco de infeção cruzada e à promoção da segurança do utente e dos profissionais envolvidos. A higienização das mãos constituiu um dos principais desafios identificados no contexto da prática clínica. A inexistência de lavatórios operacionais dificultava o cumprimento adequado da técnica de lavagem com água e sabão. No entanto, a utilização sistemática de luvas, aliada ao recurso à solução antisséptica de base alcoólica (SABA), conforme recomendado pela DGS (Direção-Geral da Saúde, 2019), permitiu garantir o cumprimento das normas de higiene das mãos.

## PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A supervisão clínica é um instrumento essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, funcionando como uma estratégia promotora do desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro (Teixeira, 2021).

A OE define a supervisão clínica como “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e o supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas.” (Regulamento n.º 366/2018, 2018).

O supervisor é o enfermeiro “responsável pelo processo de supervisão que detém um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de Enfermagem e da Supervisão Clínica, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, que num contexto de atuação e relação supervisão promove o desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento n.º 366/2018, 2018).

O supervisionado é “o sujeito do processo supervisão que desenvolve competências no âmbito de ensino clínico, estágio, internato ou em processo de integração em contexto clínico (Regulamento n.º 366/2018, 2018).

A supervisão clínica contribui para o fortalecimento das competências do enfermeiro, permitindo-lhe reduzir os níveis de stresse, ampliar a sua disponibilidade emocional e psicológica e fomentar relações de ajuda, assim como melhorar os cuidados prestados aos doentes (Lee et al., 2023; Rocha, 2013).

Pelo conhecimento dos benefícios da área da supervisão clínica, na formação, treino e integração de profissionais na área da saúde, nomeadamente no cuidado a doentes a vivenciar situações críticas e ameaçadoras da sua vida. Existe atualmente muita evidência sobre a área da supervisão clínica, mas não dirigida aos cuidados extra-hospitalares, pelo que se considerou importante desenvolver esta temática num estudo de investigação. Este estudo encontra-se em seguida descrito em formato artigo com regras de submissão à revista Referência ®.

## **Qualidade e Efetividade da Supervisão Clínica: Perspetiva de Enfermeiros em Ambulância de Suporte Imediato de Vida.**

*Quality and Effectiveness of Clinical Supervision: Perspective of Nurses in Immediate Life Support Ambulance.*

*Calidad y Efectividad de la Supervisión Clínica: Perspectiva de Enfermeros en Ambulancia de Soporte Inmediato de Vida.*

### **Resumo**

**Enquadramento:** A supervisão clínica em enfermagem constitui um recurso central para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados, promovendo simultaneamente o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

**Objetivos:** Descrever a perspetiva dos enfermeiros do INEM que exercem funções em Ambulância de Suporte Imediato de Vida, relativamente à qualidade e efetividade da supervisão clínica recebida.

**Metodologia:** Estudo descritivo, de natureza quantitativa, envolvendo 73 enfermeiros em funções no Instituto Nacional de Emergência Médica. Foi aplicado questionário eletrónico, que incluiu dados sociodemográficos e a versão portuguesa da *Manchester Clinical Supervision Scale*® (MCSS®), para avaliar a qualidade e efetividade da supervisão clínica. A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS®, garantindo-se todos os princípios éticos da investigação.

**Resultados:** Os participantes reconheceram a supervisão clínica como necessária e promotora do desenvolvimento profissional, evidenciando ainda contributos relevantes para a melhoria da qualidade assistencial e para a consolidação da prática reflexiva.

**Conclusão:** A supervisão clínica revela-se um instrumento imprescindível para o fortalecimento de competências, constituindo-se como elemento estratégico na qualificação dos cuidados e no apoio ao enfermeiro, assumindo o supervisor um papel de parceiro privilegiado.

**Palavras-chave:** Supervisão Clínica; Enfermeiro; Capacitação profissional

### **Abstract**

**Theoretical Framework:** Clinical supervision in nursing is a central resource to ensure the quality and safety of care, while simultaneously promoting the personal and professional development of nurses.

**Objectives:** To Describe the perspective of INEM nurses working in Immediate Life Support Ambulances regarding the quality and effectiveness of the clinical supervision received.

**Methodology:** Descriptive, quantitative study involving 73 nurses working at the National Institute of Medical Emergency. An electronic questionnaire was applied, including sociodemographic data and the Portuguese version of the Manchester Clinical Supervision Scale® (MCSS®) to assess the quality and effectiveness of clinical supervision. Statistical analysis was carried out using SPSS® software, ensuring compliance with all ethical principles of research.

**Results:** Participants recognized clinical supervision as necessary and as a promoter of professional development, also highlighting relevant contributions to the improvement of care quality and the consolidation of reflective practice.

**Conclusion:** Clinical supervision emerges as an essential tool for strengthening competencies, constituting a strategic element in the qualification of care and in supporting nurses, with the supervisor assuming the role of a privileged partner.

**Keywords:** Clinical Supervision; Nurse; Professional Training

## Resumen

**Marco teórico:** La supervisión clínica en enfermería constituye un recurso central para garantizar la calidad y la seguridad de los cuidados, promoviendo al mismo tiempo el desarrollo personal y profesional de los enfermeros.

**Objetivos:** Describir la perspectiva de los enfermeros del INEM que desempeñan funciones en Ambulancia de Soporte Vital Inmediato, en relación con la calidad y efectividad de la supervisión clínica recibida.

**Metodología:** Estudio descriptivo, de carácter cuantitativo, que involucró a 73 enfermeros en funciones en el Instituto Nacional de Emergencia Médica. Se aplicó un cuestionario electrónico que incluía datos sociodemográficos y la versión portuguesa de la *Manchester Clinical Supervision Scale*® (MCSS®) para evaluar la calidad y efectividad de la supervisión clínica. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS®, garantizándose todos los principios éticos de la investigación.

**Resultados:** Los participantes reconocieron la supervisión clínica como necesaria y promotora del desarrollo profesional, señalando además aportaciones relevantes para la mejora de la calidad asistencial y para la consolidación de la práctica reflexiva.

**Conclusión:** La supervisión clínica se revela como un instrumento imprescindible para el fortalecimiento de competencias, constituyéndose en un elemento estratégico en la cualificación de los cuidados y en el apoyo al enfermero, asumiendo el supervisor un papel de socio privilegiado.

**Palabras clave:** Supervisión Clínica; Enfermero; Capacitación profesional

## Introdução

A Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), é um veículo coordenado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que se caracteriza por ser um meio de emergência diferenciado, tripulado por um enfermeiro que assume a liderança da equipa e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (Silva et al., 2024). O enfermeiro fundamenta a sua intervenção em protocolos complexos sob supervisão médica com os objetivos de proceder à estabilização pré-hospitalar e transporte do doente crítico (Miranda, 2022). Este, pauta-se ainda, pelo seu conhecimento técnico-científico, assegurando uma resposta eficaz, segura tecnicamente sustentada (Fernandes, 2023; Miranda et al., 2024). O processo de cuidados de enfermagem em ambiente pré-hospitalar caracteriza-se por uma complexidade de ocorrências, caracterizada por incerteza e imprevisibilidade, num contexto não controlado (Mota et al., 2020), incitando os enfermeiros a responder a diversos desafios como a falta de recursos, *stress*, pressão psicológica e necessidade de liderança eficaz (Júnior et al., 2025).

Neste enquadramento, impõe-se a necessidade de monitorizar e integrar eficazmente os enfermeiros, nestes contextos. A estratégia mais recomendada para este objetivo é a implementação de processos de Supervisão Clínica (SC), como mecanismo formal sistematizado, contínuo e próximo, que permite garantir a qualidade e segurança da prática clínica (Galiano et al., 2025). Assim, e pelo reconhecimento da importância deste processo nos contextos de socorro extra-hospitalar, nomeadamente em ambulâncias SIV, este estudo tem como objetivo descrever a perspetiva que os enfermeiros do INEM a exercer funções na ambulância SIV, têm sobre a qualidade e a efetividade da supervisão clínica que recebem.

## Enquadramento

A SC em enfermagem tem vindo a assumir uma importância crescente, constituindo-se como uma estratégia facilitadora, dinâmica e promotora do desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, com repercussões significativas na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem (Miranda et al., 2024; Sérgio et al., 2023). O processo envolve o estabelecimento de uma relação profissional entre o supervisor, com maior conhecimento e experiência, e o supervisionado, menos experiente, visando o fortalecimento das suas competências, conhecimentos e capacidades. Paralelamente, contribui para o aumento da satisfação profissional, exercendo uma influência positiva na redução do risco de *burnout* e dos níveis de *stress*, bem como na melhoria da qualidade dos cuidados (Hudays et al., 2023).

A SC promove o desenvolvimento contínuo de competências e a melhoria das práticas assistenciais, através da partilha de experiências e da reflexão crítica sobre o agir e o pensar em contexto clínico (Sérgio et al., 2023).

Considerando a SC uma estratégia com potencial para o empoderamento do enfermeiro supervisionado e, conseqüentemente, para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, torna-se pertinente descrever as perspetivas dos enfermeiros a exercer funções em contextos específicos, como os de ambulância SIV, enquanto elemento supervisionado, de forma a contribuir para melhorar a qualidade e segurança do socorro extra-hospitalar e melhorar níveis de satisfação e bem-estar dos profissionais que desenvolvem funções, nestes contextos imprevisíveis e desafiantes.

## Questão de investigação

Qual a perspetiva dos enfermeiros do INEM a exercer funções em Ambulância SIV, sobre a qualidade e a efetividade da supervisão clínica recebida?

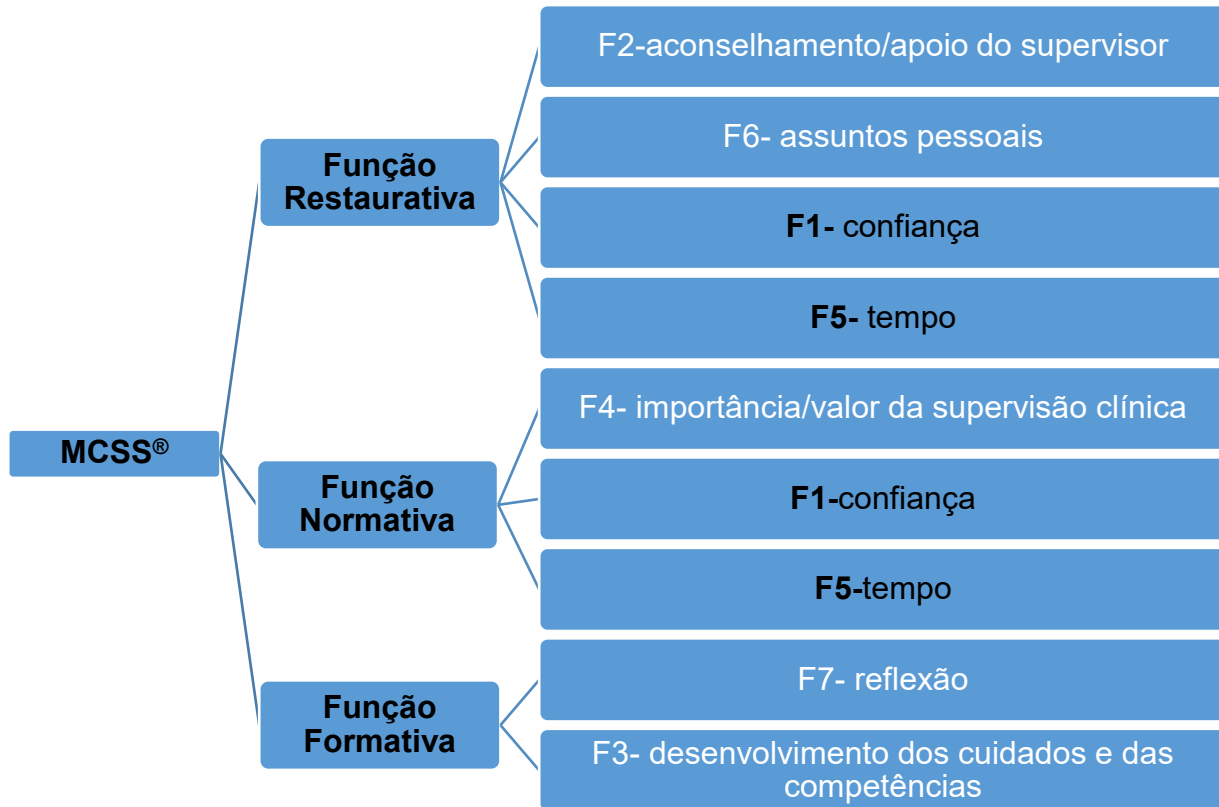
## Metodologia

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido com 73 enfermeiros de um total de 185 a exercer funções nas ambulâncias SIV, durante o período compreendido, entre março e abril de 2024. Trata-se de uma amostragem não probabilística por conveniência. Como critérios de inclusão foi estabelecido envolver todos os enfermeiros a exercer funções nas Ambulâncias de SIV da Delegação Regional do Norte, Delegação Regional do Centro, Delegação Regional de Lisboa, Vale do Tejo e Alentejo e Delegação Regional do Algarve do INEM. Não foram considerados critérios de exclusão à participação no estudo.

Foi construído pelos investigadores, um questionário eletrónico na plataforma *Google Forms*® composto por duas partes. A primeira parte relativa a dados sociodemográficos e profissionais e a segunda parte pela versão portuguesa da escala de *Manchester Clinical Supervision Scale*® (MCSS®), que permite avaliar a qualidade e efetividade da SC, permitindo em simultâneo, recolher a perspetiva do supervisionado relativamente ao processo de SC e o impacto gerado na sua prática profissional (Cruz, 2011). Esta escala é constituída por 36 itens, com uma escala tipo Likert variando entre “1- discordo totalmente” e “5- concordo totalmente”. Esta escala foi construída tendo em conta a teoria de Proctor (1987), tendo por base as três funções do supervisor: Restaurativa; Formativa e Normativa.

De acordo com este modelo (Proctor, 1987), o papel do supervisor organiza-se em três funções interligadas: formativa, normativa e restaurativa. A função formativa centra-se no desenvolvimento de competências, conhecimentos e atitudes profissionais, promovendo a aprendizagem contínua e a reflexão crítica sobre a prática (Hawkins et al., 2017; Proctor, 1987). A função normativa está relacionada com a garantia da qualidade e da segurança dos cuidados, assegurando que as normas, políticas e princípios éticos são cumpridos, contribuindo assim para a proteção do utente e da instituição (Proctor, 1987). Já a função restaurativa visa oferecer suporte emocional e reduzir o *stress* associado ao exercício profissional, promovendo o bem-estar e prevenindo a exaustão e o *burnout* (Milne, 2009; Proctor, 1987). Estas três funções, em conjunto, permitem um processo de supervisão equilibrado que favorece tanto o desenvolvimento profissional, como o cuidado com o bem-estar do supervisionado.

A escala deu origem a 7 subescalas: F1- confiança (7 itens); F2- aconselhamento/apoio do supervisor (6 itens); F3- desenvolvimento dos cuidados e das competências (7 itens); F4- importância/valor da supervisão clínica (6 itens); F5- tempo (4 itens); F6- assuntos pessoais (3 itens) e F7- reflexão (3 itens) (Cruz, 2012) (figura 1).



**Figura 1:** Escalas e Subescalas da MCSS®.

Atualmente os autores desenvolveram uma escala reduzida com 26 itens, tendo desaparecido a subescala assuntos pessoais, contudo, para este estudo foi considerada a escala inicial de 36 itens.

Segundo Cruz (2012), a escala foi desenvolvida no Reino Unido e validada na Finlândia (Hyrkäs et al., 2003), sendo a versão original em inglês e traduzida já para diversas línguas.

A validação da consistência interna obtida para a escala completa, pela autora foi de 0,914. Para as respostas obtidas neste estudo obteve-se como valores de alfa de *Cronbach* para a escala total 0,732, evidenciando uma confiabilidade aceitável. Para as dimensões obteve-se: F1-confiança ( $\alpha=0,654$ ); F2-aconselhamento/apoio do supervisor ( $\alpha=0,892$ ); F3-desenvolvimento dos cuidados e das competências ( $\alpha= 0,899$ ); F4-importância/valor da supervisão clínica ( $\alpha=0,793$ ); F5-tempo ( $\alpha=0,672$ ); F6- assuntos pessoais ( $\alpha=0,631$ ) e F7-reflexão ( $\alpha=0,827$ ) valores similares aos obtidos pela autora no seu processo de validação psicométrica. Para o estudo da validade de conteúdo, o questionário foi testado por cinco enfermeiros da área da emergência, com experiência de, pelo menos, cinco anos de socorro pré-hospitalar, especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área da especialização da pessoa em situação crítica tendo-se encontrado um consenso quase perfeito, com valor de  $k=0,90$ , através da técnica de *Cohen's Kappa* ( $\kappa$ ).

O instrumento de colheita de dados foi partilhado com os enfermeiros, através de link disponibilizado em convite, por email enviado pela Direção de Enfermagem do INEM, impossibilitando as investigadoras de ter acesso aos contactos eletrónicos dos profissionais, garantindo o anonimato e a confidencialidade das identidades dos profissionais. Foi obtida uma autorização de uma Comissão de Ética (CE//11/2024) e um consentimento informado por todos os enfermeiros que participaram no estudo. Foi também, solicitada à autora da escala, autorização para a sua utilização e adaptação, garantindo o respeito pela propriedade intelectual. Foram ainda cumpridas todas as obrigações legais decorrente do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Os dados foram compilados em base de dados anonimizada, através de *software Statistical Package for the Social Sciences®* (SPSS®) versão 28. Recorreu-se a estatística descritiva para apresentação e análise dos resultados.

## Resultados

Participaram no estudo, 73 enfermeiros a desempenhar funções em ambulâncias SIV, em Portugal. A maioria dos participantes (53,4%) era do sexo masculino, valor que se aproxima do verificado no universo do INEM, onde a proporção de enfermeiros do sexo masculino corresponde a 56,8%. Apenas 21,9% detinham o título de enfermeiro especialista, sendo a categoria profissional de enfermeiro a mais representativa, com 69,9%. Relativamente ao grau académico mais elevado, verificou-se que existiam apenas 43,8% de mestres. Relativamente à distribuição geográfica, verificou-se que os enfermeiros das delegações do Norte (32,9%) e do Centro (31,5%) foram os mais representativos neste estudo (Tabela 1).

A idade média dos participantes foi de  $43 \pm 5,89$  anos, com a idade mínima a rondar os 28 anos e a máxima os 58. O tempo de exercício profissional apresentou uma variação entre 4 e 34 anos, com uma média de  $17 \pm 6,83$  anos. Relativamente ao Tempo de Exercício em Ambulância de SIV, observou-se que o enfermeiro mais recentemente integrado iniciou funções há menos de um ano e que a média rondava os  $11 \pm 4,57$  anos. Quanto ao número de sessões de SC, verificou-se uma disparidade significativa entre o valor mínimo (0) e o máximo (30), com uma média de  $4 \pm 4,63$  sessões por enfermeiro.

**Tabela 1**

*Dados Sociodemográficos e Profissionais*

Variáveis	<i>n</i>	%			
Sexo	73	100			
Feminino	33	45,2			
Masculino	39	53,4			
Prefiro não dizer	1	1,4			
Categoria Profissional					
Enfermeira(o)	51	69,9			
Enfermeira(o) Especialista	16	21,9			
Enfermeira(o) Gestor	6	8,2			
Grau académico mais elevado					
Licenciatura	41	56,2			
Mestrado	32	43,8			
Delegação Regional a que pertence					
Norte	24	32,9			
Centro	23	31,5			
Lisboa, Vale do Tejo e Alentejo	18	24,7			
Algarve	8	11			
Variáveis	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	73	28	58	43,37	5,887
Tempo de exercício como Enfermeira(o) (anos)	72	4	34	17,64	6,831
Tempo de Exercício como enfermeira(o) em Ambulância de SIV (anos)	73	0	17	10,71	4,566
Número de sessões de Supervisão Clínica	72	0	30	4,17	4,633

*Nota. n= tamanho da amostra; %=percentagem; Máx=valor máximo; Min=valor mínimo; M = média; DP = desvio-padrão*

Percebeu-se que a maioria dos profissionais que participaram no estudo receberam pelo menos uma sessão de SC, no entanto é de destacar que 11 enfermeiros (15,3%) não receberam qualquer sessão. De ressaltar também que em todas as delegações a maioria dos profissionais que responderam ao questionário (94,4%), tem até 10 anos de experiência em SIV.

**Tabela 2**

*Número de sessões de supervisão recebidas e anos de experiência dos enfermeiros por Delegação*

variáveis		Norte	Centro	Lisboa, Vale do Tejo e Alentejo	Algarve
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Número de sessões recebidas	Nenhuma	3 (12,5)	3 (13,0)	4 (22,2)	1 (14,3)
	1-10 sessões	20 (83,3)	18 (78,3)	14 (77,8)	5 (71,4)
	Mais de 11 sessões	1 (4,2)	2 (8,7)	--	1 (14,3)
Total		24 (100)	23 (100)	18 (100)	7 (100)
Anos de experiência em SIV	0-10 anos	23 (95,8)	21 (91,4)	18 (100)	6 (85,7)
	11-20 anos	1 (4,2)	1 (4,3)	--	1 (14,3)
	21-30 anos	--	1 (4,3)	--	--
Total		24 (100)	23 (100)	18 (100)	7 (100)

Nota. n= tamanho da amostra; %=percentagem.

De acordo com dados da Tabela 3, 87,7% dos enfermeiros consideraram as sessões de SC necessárias. Para 79,4%, proporcionam tempo para refletir; 86,3% referiram que promovem uma prática reflexiva; 79,4% identificaram que contribuem para o desenvolvimento de competências e para a melhoria da qualidade dos cuidados; e 83,6% reconheceram-nas como potenciadoras da sua evolução profissional.

Verificou-se ainda que, 74% dos enfermeiros referiram que o supervisor clínico desempenhava um papel de apoio e encorajamento, 78,1% consideraram-no uma fonte de aprendizagem, 76,7% identificaram-no como promotor do aprofundamento de conhecimentos e 71,3% reconheceram-no como elemento que disponibiliza orientação na prestação de cuidados.

### Tabela 3

*Respostas dos enfermeiros à versão portuguesa da escala de Manchester Clinical Supervision Scale® (MCSS®)*

Itens	Discordo totalmente		Não Concordo		Sem Opinião		Concordo		Concordo Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. A pressão acumulada no trabalho interfere com as sessões de S.C.	8	11	25	34,2	10	13,7	28	38,4	2	2,7
2. É difícil obter tempo para as sessões de S.C	9	12,3	38	52,1	4	5,5	21	28,8	1	1,4

Itens	Discordo totalmente		Não Concordo		Sem Opinião		Concordo		Concordo Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3. As sessões de S.C. são desnecessárias	37	50,7	27	37,0	7	9,6	2	2,7	0	0
4. O tempo utilizado nas sessões de S.C. afasta-me das minhas funções na prática	27	37,0	36	49,3	4	5,5	6	8,2	0	0
5. A supervisão clínica liberta-me da pressão do trabalho	6	8,2	34	46,6	19	26,0	13	17,8	1	1,4
6. A preparação das sessões de S.C., aumenta a pressão no trabalho	6	8,2	31	42,5	10	13,7	23	31,5	3	4,1
7. Considero que as sessões de S.C. consomem muito tempo	8	11,0	41	56,2	10	13,7	14	19,2	0	0
8. O Supervisor Clínico dá-me apoio e encoraja-me	1	1,4	8	11,0	10	13,7	37	50,7	17	23,3
9. A S.C. não resolve assuntos de carácter pessoal	1	1,4	26	35,6	14	19,2	21	28,8	11	15,1
10. As sessões de S.C. são intrusivas	7	9,6	36	49,3	14	19,2	13	17,8	3	4,1
11. A S.C. proporciona-me tempo para refletir	1	1,4	5	6,8	9	12,3	45	61,6	13	17,8
12. Problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as sessões de S.C.	0	0	6	8,2	6	8,2	39	53,4	22	30,1
13. As sessões de S.C. facilitam a prática reflexiva.	0	0	3	4,1	7	9,6	35	45,9	28	38,4
14. Se há algo que não compreendo, o Supervisor Clínico é sempre aquele a quem posso recorrer	2	2,7	13	17,8	12	16,4	37	50,7	9	12,3
15. O Supervisor Clínico dá uma opinião imparcial	3	4,1	12	16,4	19	26,0	33	45,2	6	8,2
16. O Supervisor Clínico é alguém com quem posso abordar aspetos mais sensíveis que se apresentam na prática clínica	1	1,4	10	13,7	7	9,6	42	57,5	13	17,8
17. Foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente	6	8,2	18	24,7	18	24,7	29	39,7	2	2,7
18. As sessões de S.C. são uma parte importante na minha rotina de trabalho	2	2,7	13	17,8	19	26,0	33	45,2	6	8,2
19. O Supervisor Clínico nunca se encontra disponível, quando necessário	22	30,1	23	31,5	23	31,5	4	5,5	1	1,4
20. Aprendo com a experiência do Supervisor Clínico	0	0	7	9,6	9	12,3	57	78,1	0	0

Itens	Discordo totalmente		Não Concordo		Sem Opinião		Concordo		Concordo Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
21. É importante arranjar tempo para as sessões de S.C.	0	0	6	8,2	2	4,1	64	87,7	0	0
22. O Supervisor Clínico dá-me bons conselhos	1	1,4	5	6,8	15	20,5	52	71,2	0	0
23. O Supervisor Clínico é sincero comigo	1	1,4	4	5,5	18	24,7	50	68,5	0	0
24. As sessões com o Supervisor Clínico aprofundam o meu conhecimento sobre a prática clínica	0	0	8	11,0	9	12,3	56	76,7	0	0
25. A S.C. não é necessária para indivíduos com experiência e "anos de casa"	39	53,4	27	37,0	5	6,8	2	2,7	0	0
26. O Supervisor Clínico impede-me que questione temas delicados	26	35,6	29	39,7	12	16,4	6	8,2	0	0
27. O Supervisor Clínico age de modo prepotente durante as sessões	26	35,6	23	31,5	18	24,7	6	8,2	0	0
28. A S.C. é direcionada para Enfermeiros com pouca experiência ou recentemente admitidos no serviço	25	34,2	39	53,4	4	5,5	5	6,8	0	0
29. A S.C. auxilia a tornar-me num melhor profissional	1	1,4	2	2,7	9	12,3	41	56,2	20	7,4
30. Sem as sessões de S.C. piora a qualidade da prestação dos cuidados	8	11,0	23	31,5	23	31,5	13	17,8	6	8,2
31. As sessões de S.C. transmitem motivação	5	6,8	6	8,2	15	20,5	37	50,7	10	13,7
32. Sinto-me menos stressado após falar com o Supervisor Clínico	5	6,8	11	15,1	30	41,1	24	32,9	3	4,1
33. As sessões de S.C. melhoram a qualidade da prestação dos cuidados	2	2,7	5	6,8	11	15,1	42	57,5	13	17,8
34. A S.C. permite-me desenvolver competências e a qualidade dos cuidados	1	1,4	8	11,0	6	8,2	43	58,9	15	20,5
35. O Supervisor Clínico disponibiliza orientação na prestação dos cuidados aos clientes	2	2,7	7	9,6	12	16,4	44	60,3	8	11,0
36. Ao receber sessões de S.C., melhoro a qualidade dos cuidados que presto aos clientes	2	2,7	3	4,1	12	16,4	41	56,2	15	20,5

Nota. n= tamanho da amostra; %=percentagem

Relativamente às subescalas da MCSS® percebeu-se que para todas as subescalas existiram resultados acima dos valores médios possíveis, sendo a subescala F7-reflexão a que mais se aproximou do valor máximo possível ( $M=12,13\pm 2,12$ ).

Relativamente às subescalas, a pontuação média mais elevada foi observada na dimensão F1 – confiança ( $M = 24,71\pm 3,69$ ), seguida de F3 – desenvolvimento dos cuidados e das competências ( $M = 24,62\pm 5,30$ ) e F4 – importância/valor da supervisão clínica ( $M = 24,29\pm 3,41$ ). A dimensão F2 – aconselhamento/apoio do supervisor apresentou uma média de  $22,01\pm 3,95$ , enquanto as dimensões com médias mais baixas foram F6 – assuntos pessoais ( $M = 8,41\pm 2,36$ ) e F5 – tempo ( $M = 13,36\pm 3,02$ ). Os resultados sugerem uma percepção globalmente positiva da SC, com valores médios elevados em quase todas as dimensões, especialmente nas relacionadas com a confiança, o desenvolvimento de competências e o valor atribuído à supervisão.

#### Tabela 4

##### *Resultados das subescalas da Manchester Clinical Supervision Scale® (MCSS®)*

Subescalas	M	s	Min	Max
F1-confiança (7-35)	24,71	3,69	13,00	31,00
F2- aconselhamento/apoio do supervisor (6-30)	22,01	3,95	11,00	27,00
F3- desenvolvimento dos cuidados e das competências (7-35)	24,62	5,30	10,00	35,00
F4- importância/valor da supervisão clínica (6-30)	24,29	3,41	13,00	29,00
F5- tempo (4-20)	13,36	3,02	7,00	20,00
F6- assuntos pessoais (3-15)	8,41	2,36	3,00	13,00
F7- reflexão (3-15)	12,13	2,12	5,00	15,00
Total (36-180)	129,53	19,32	76,00	165,00

*Nota. M= Média; s= desvio padrão; min-valor mínimo; max-valor máximo.*

Na tabela 5 foram estudadas as associações entre os níveis de concordância dos participantes com o facto de estes terem recebido sessões de supervisão. Os dados revelaram que existia uma associação do item “O supervisor clínico dá-me apoio e encoraja-me” com o facto de terem recebido sessões de supervisão ( $p=0,006$ ). Destacando-se que 4 enfermeiros que receberam sessões de supervisão, confessaram que os seus supervisores não disponibilizaram apoio nem foram capazes de os encorajar. Para o item relativo a “As sessões de S.C. são intrusivas” verificou-se também uma existência de associação com o facto de ter recebido sessões de supervisão clínica ( $p=0,04$ ). De destacar que 16 enfermeiros que receberam sessões de SC consideraram estas sessões intrusivas. Para os itens “Problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as sessões de S.C.” e “As sessões de S.C. facilitam a prática reflexiva” verificou-se que sete enfermeiros que

receberam sessões de SC discordaram com os itens. Ainda de destacar que cerca de 32 enfermeiros que receberam sessões de SC indicaram que não “Foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente” e 16 consideraram ainda que os supervisores clínicos não tinham sido sinceros com eles.

**Tabela 5**

*Estudo de associação entre concordâncias dos itens da escala e o ter recebido sessões de SC.*

Item	Sem sessões		Com sessões		Teste Exato de Fisher <i>p</i>
	Discordância (n)	Concordância (n)	Discordância (n)	Concordância (n)	
O Supervisor Clínico dá-me apoio e encoraja-me	7	4	12	49	0,006
As sessões de S.C. são intrusivas.	11	0	45	16	0,04
Problemas do trabalho poderão ser discutidos de forma construtiva durante as sessões de S.C.	5	6	7	74	0,005
As sessões de S.C. facilitam a prática reflexiva	4	6	7	55	0,015
Se há algo que não compreendo, o Supervisor Clínico é sempre aquele a quem posso recorrer	9	18	2	43	0,04
O Supervisor Clínico dá uma opinião imparcial.	10	24	1	37	0,002
Foi muito útil falar sobre assuntos de carácter pessoal com alguém diferente.	10	1	32	26	0,002
As sessões de S.C. são uma parte importante na minha rotina de trabalho	9	2	25	36	0,02
O Supervisor Clínico é sincero comigo	7	4	16	45	0,02

*Nota. n= tamanho da amostra; p=significância.*

## Discussão

O principal objetivo deste estudo centrou-se na descrição das perspetivas dos enfermeiros relativamente à qualidade e eficiência da SC, reconhecida como uma estratégia com impacto significativo na prática de enfermagem (Ernawati et al., 2022). De forma global, os enfermeiros que participaram no estudo consideraram as sessões de SC necessárias (87,7%). Estes resultados estão em consonância com evidências de estudos anteriores, em que os supervisionados identificaram a SC como uma mais-valia para o seu progresso profissional (Rocha, 2014), e como um contributo relevante para o desenvolvimento da sua identidade profissional (Zonneveld et al., 2024). A SC constitui uma ferramenta essencial de reflexão, contribuindo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da prática assistencial (Gheisari et al., 2024), sendo reconhecida, como tal pela maioria dos enfermeiros. Aproximadamente 80% dos participantes referiram que a SC exerce uma influência significativa no desenvolvimento de competências e na melhoria dos cuidados prestados, reconhecendo igualmente o seu impacto no progresso profissional. Esta perceção encontra suporte na literatura, que evidencia a natureza polivalente da intervenção da SC e os seus benefícios em diferentes dimensões da prática profissional (Anggeria & Damanik, 2022; Ryu et al., 2024).

No entanto, os resultados encontrados destacam que os enfermeiros que receberam sessões de SC consideraram que os supervisores não foram sinceros com eles (n=16), não os apoiaram devidamente (n=12). Estes resultados alertam para a importância do desenvolvimento de competências do supervisor clínico, ao evidenciar que a função restaurativa/suporte (Proctor, 2010), que possibilita perceber e gerir o *stress* intrínseco à prática de enfermagem, não foi conseguida devidamente por todos os supervisores.

A função restaurativa por permitir uma partilha de sentimentos, emoções, experiências clínicas vivenciadas, torna-se um suporte fundamental no processo de apoio e compreensão das necessidades e anseios dos supervisionados. Sabe-se que o supervisor clínico assume um papel estratégico no processo de SC e é considerado um recurso fundamental para a aquisição e desenvolvimento de novas competências (Albuquerque et al., 2025), destacando-se ainda a sua capacidade de estabelecer uma relação efetiva que serve de base para a aprendizagem (Zonneveld et al., 2024).

Os resultados do estudo evidenciaram ainda que em todas as Delegações não existiu um valor *standart* para o número de sessões oferecidas aos enfermeiros que responderam ao questionário. Tendo-se ainda verificado que em todas as Delegações existiram enfermeiros que confessaram não ter recebido sessões de SC ou não terem sido integrados em processos supervisivos. Este resultado sugere reflexão e desafia os profissionais a desenvolverem um

trabalho cooperativo entre Delegações, no que diz respeito ao desenho de uma proposta de programa supervisivo a implementar aos enfermeiros que desenvolvem atividade em SIV.

Deste estudo, destaca-se ainda que a maioria dos participantes (53,4%) era do sexo masculino, valor que se aproxima dos valores identificados pelo INEM, onde a proporção de enfermeiros do sexo masculino corresponde a 56,8%. Estes dados são interessantes para reflexão, uma vez que a maioria dos enfermeiros em Portugal são do sexo feminino, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2023). Estes resultados podem ser explicados pela exigência física das funções exigidas em contexto de SIV, assim como pelas condições desafiantes que este exercício exige na conciliação com vida pessoal e familiar, que pode levar a que as enfermeiras prefiram outros contextos para exercer funções de enfermagem.

Relativamente à distribuição geográfica, verificou-se que os enfermeiros das Delegações do Norte (32,9%) e do Centro (31,5%) foram os mais representativos neste estudo, o que se revela consistente com o facto de a maioria dos profissionais que participaram no estudo (63,2%) pertencerem a estas duas Delegações. De salientar, ainda, que estes tinham  $17,64 \pm 6,83$  anos de experiência como enfermeiros sendo que,  $10,71 \pm 4,57$  anos se efetivaram em contexto SIV. Estes resultados sugerem que existe uma estabilidade de duração no exercício de funções dos enfermeiros, o que lhes confere o desenvolvimento de perícia na área. Segundo a teoria de Patricia Benner (1984), conhecida como de iniciado a perito, esta descreve o desenvolvimento de competências na prática de enfermagem a partir da experiência clínica. Benner propõe cinco níveis de proficiência: iniciado, principiante avançado, competente, proficiente e perito. O perito demonstra uma prática intuitiva, holística e altamente especializada, conseguindo tomar decisões rápidas e eficazes (Benner, 1984), habilidades, atitudes e comportamentos exigidos e fundamentais em contexto de exercício na ambulância de SIV.

Entre as limitações deste estudo destaca-se o reduzido tamanho da amostra, cuja representatividade foi inferior a 50% da população, não permitindo, por conseguinte, a generalização dos resultados. Torna-se, assim, pertinente a realização de novos estudos nesta área que permitam aprofundar a compreensão da SC e o seu impacto no desenvolvimento profissional e na qualidade assistencial, sugerindo-se a realização de estudos mistos, de forma a explorar as experiências dos enfermeiros supervisores e supervisionados nestes processos.

## Conclusão

A qualidade e a efetividade da SC são dois fatores estratégicos para o desenvolvimento de competências profissionais e para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Deste estudo, destaca-se o papel do supervisor clínico, como elemento facilitador e promotor deste processo. Destaca-se, ainda, a necessidade de consolidar e expandir a implementação de processos de supervisão estruturados, assegurando a sua continuidade e qualidade. Este trabalho constitui um contributo para colmatar a escassez de investigação nesta área específica, fornecendo evidências que reforçam a pertinência da SC no âmbito pré-hospitalar.

## Referências bibliográficas

- Albuquerque, J., Albuquerque, J., Pires, R., & Santos, M. R. (2025). Supervisão e Integração de Enfermeiros na Prática Profissional. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 6(Sup), 46–49. <https://doi.org/10.51126/4p65f710>
- Anggeria, E., & Damanik, D. W. (2022). Effective Clinical Supervision in Nursing: Systematic Review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(F), 525–530. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.9672>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. (Addison-Wesley, Ed.). Addison-Wesley.
- Cruz, S. S. S. M. S. (2011). Translation And Validation Of the Manchester Clinical Supervision Scale©: Effective Clinical Supervision Evaluation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 51–56. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2011.11.205>
- Ernawati, E., Revis, A., & Elrifda, S. (2022). How Effective is Clinical Supervision in Nursing? A Systematic Review. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 8(2). <https://doi.org/10.32598/JCCNC.8.2.426.1>
- Fernandes, N. M. G. (2023). *Ambiente de prática de cuidados e perfil dos enfermeiros de ambulâncias de SIV* [Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://openurl.ebsco.com/contentitem/edsbas:edsbas.2C522E8B?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:edsbas:edsbas.2C522E8B&crl=c>
- Galiano, C., Almeida De Moura, A., Souza Gleriano, J., Mininel, V. A., De Cássia Trovó, M., Fraga De Figueiredo, M., Ferreira Goulart, B., Dias, L., & Chaves, P. (2025). Supervisão de enfermagem no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 59, e20240238. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0238EN>

- Gheisari, F., Farzi, S., Tarrahi, M. J., & Momeni-Ghaleghasemi, T. (2024). The effect of clinical supervision model on nurses' self-efficacy and communication skills in the handover process of medical and surgical wards: an experimental study. *BMC Nursing*, 23(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12912-024-02350-9/TABLES/7>
- Hawkins, P., Shohet, R., & Pgche, M. A. (2017). Book Review Supervision in the Helping Professions: Terence Nice BSc MSw. *AJPP-60*, 1(1). <https://journals.kent.ac.uk/index.php/ajpp/index>
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 619–625. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1)
- Hudays, A., Gary, F., Voss, J. G., Hazazi, A., Arishi, A., & Al-sakran, F. (2023). Job Satisfaction of Nurses in the Context of Clinical Supervision: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(1), 6. <https://doi.org/10.3390/IJERPH21010006>
- Júnior, L. da S. S., Mello, M. E. R. de, Angel, D. J., & Dantas, M. F. da N. (2025). Desafios enfrentados pelo profissional de enfermagem no atendimento pré-hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista Foco*, 18(3), e8036. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n3-086>
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-Based Clinical Supervision: Principles and Practice*. Wiley-Blackwell.
- Miranda, J. P. (2022). Intervenção de enfermagem em ambulância de suporte imediato de vida: contributos na evolução clínica do utente. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2730>
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). The pre-hospital nurse: care for the cure. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2020(5e), 147–152. <https://doi.org/10.29352/MILL0205E.14.00333>
- Ordem dos Enfermeiros. Anuário estatístico 2023; 2023. Disponível online: <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/> (consultado em 30 de Agosto de 2024)
- Proctor, B. (1987). Supervision: a co-operative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne (Eds.), *Enabling and Ensuring Supervision in Practice*. Leicester: National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work.
- Proctor, B. (2010). Training for the supervision alliance. In J. R. Cutcliffe, K. Hyrkäs, & J. Fowler (Eds.), *Routledge handbook of clinical supervision* (pp. 23–33). Routledge.

- Rocha, A. C. M. (2014). Supervisão clínica em enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados: Perspetiva dos supervisionados (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto).
- Ryu, H., Buus, N., Naccarella, L., Zarb, L., & Hamilton, B. (2024). Factors that influence the clinical supervision implementation for nurses: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/JAN.16390>
- Sérgio, M. S. S. B. B., Carvalho, A. L. R. F., & Barroso Pinto, C. M. C. (2023). Perception of Portuguese nurses: clinical supervision and quality indicators in nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0656>,
- Sérgio, M. S. S. B. B., Carvalho, A. L. R. F. de, & Pinto, C. M. C. B. (2023). Supervisão clínica: um contributo na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/CE.V28I0.89400>
- Silva, M. D. D. de A., de Magalhães, J. F. da S. M. O., Azevedo, G. E. G. G., Queirós, C., & Borges, E. (2024). Clima e cultura organizacional: implicações para a prática de enfermeiros extra-hospitalares. *Cogitare Enfermagem*, 29, e97282. <https://doi.org/10.1590/CE.V29I0.97282>
- Zonneveld, D., Conroy, T., & Lines, L. (2024). Clinical supervision experience of nurses in or transitioning to advanced practice: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(9), 3547–3564. <https://doi.org/10.1111/JAN.16126>

## CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório constituiu um processo de enriquecimento pessoal e profissional, sustentado por uma análise crítico-reflexiva do percurso de aquisição de competências comuns inerentes ao EE e específicas do EEEMCPSC, desenvolvidas nos diferentes estágios. O documento procurou retratar as atividades realizadas, os desafios enfrentados e as dificuldades sentidas, evidenciando a integração diferenciada de conhecimentos teóricos e práticos que sustentaram a prestação de cuidados especializados. O desenvolvimento de competências de investigação, foram também possíveis desenvolver, através da realização do estudo que foi retratado na parte II deste relatório.

A experiência vivenciada em estágio revelou-se determinante para o crescimento profissional, ao possibilitar a prestação de cuidados diferenciados que exigiram a mobilização de múltiplos saberes e a aquisição de novos conhecimentos. Paralelamente, permitiu reconhecer fragilidades e dificuldades, que se transformaram em oportunidades para a construção de estratégias de superação e para o fortalecimento de competências, contribuindo para uma prática mais consciente, crítica e fundamentada.

Em todos os locais de estágio evidenciou-se a preocupação em promover momentos formativos destinados, a contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros dos serviços.

A exigência de um desempenho elevado em contexto clínico, associada à responsabilidade acrescida e à necessidade constante de demonstrar autonomia profissional, foram os maiores desafios vivenciados durante este percurso. De salientar também os desafios da experiência desenvolvida na conceção, implementação e preparação da divulgação de resultados de investigação. De todo este processo, sedimentou-se a consciência que a aprendizagem ao longo da vida constitui um pilar essencial do percurso profissional do enfermeiro, impulsionando a procura contínua de novos conhecimentos.

Decorrente desta aprendizagem, projeta-se para o futuro o desejo de ingressar na bolsa de supervisores clínicos da Instituição onde atualmente se desenvolvem funções, bem como a possibilidade de enveredar pela colaboração na docência, com o intuito de contribuir ativamente no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e, simultaneamente, na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- Advanced Trauma Life Support ATLS. (2018). *Student Course Manual ATLS® Advanced Trauma Life Support*®. <https://saude.ufpr.br/labsim/wp-content/uploads/sites/23/2022/08/ATLS-10th-Edition.pdf>
- Ahmad Althmali, M., Maid Almalki, W., Saeed Alzahrani, M., Khalaf Allah Al-Tuwairqi, S., & Saad Althubity, F. (2024). *The Value of Vital Sign Changes for Early Detection of Clinical Deterioration*. <https://doi.org/10.52533/JOHS.2024.41254>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Albuquerque, J., Albuquerque, J., Pires, R., & Santos, M. R. (2025). Supervisão e Integração de Enfermeiros na Prática Profissional. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 6(Sup), 46–49. <https://doi.org/10.51126/4p65f710>
- Almanza-Hurtado, A., Polanco Guerra, C., Martínez-Ávila, M. C., Borré-Naranjo, D., Rodríguez-Yanez, T., & Dueñas-Castell, C. (2022). Hypercapnia from Physiology to Practice. *International Journal of Clinical Practice*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/2635616>
- Anggeria, E., & Damanik, D. W. (2022). Effective Clinical Supervision in Nursing: Systematic Review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(F), 525–530. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.9672>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (Seventh edition). Oxford University Press. [https://www.allisonkriethornton.com/wp-content/uploads/Medical\\_Ethics\\_Readings/BandC-Moral-Dilemmas.pdf](https://www.allisonkriethornton.com/wp-content/uploads/Medical_Ethics_Readings/BandC-Moral-Dilemmas.pdf)
- Behouche, A., Schilte, C., & Payen, J.-F. (2022). Hypertension intracrânienne et gestion de la sédation. *Anesthésie & Réanimation*, 8(4), 396–401. <https://doi.org/10.1016/J.ANREA.2022.04.004>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. (Addison-Wesley, Ed.). Addison-Wesley.
- Beserra, E. P., Gubert, F. do A., Martins, M. C., Vasconcelos, V. M., Figueiredo, G. A. de, Silva, L. A. da, & Lima, M. A. de. (2018). Conflict management in nurse training. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 12(10), 2891–2896. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236080p2891-2896-2018>
- Carney, N., Totten, A. M., Ullman, J. S., Hawryluk, G. W. J., Bell, M. J., Bratton, S. L., Chesnut, R., Harris, O. A., Rubiano, A. M., Tasker, R. C., Vavilala, M. S., Wilberger, J., Wright, D. W., & Ghajar, J. (2016). *Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury 4th Edition*. 62–66. [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352556817303703?ref=pdf\\_download&fr=RR-2&rr=9557975ece631df8](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352556817303703?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=9557975ece631df8)
- Costa, D. R. dos S. (2022). *Percepção dos enfermeiros sobre a sua preparação na resposta hospitalar em situações de catástrofe*. Instituto Politécnico de Viseu.

- Cruz, S. (2012). *Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem por*. Universidade Católica Portuguesa.
- Cruz, S. S. S. M. S. (2011). Translation And Validation Of The Manchester Clinical Supervision Scale©: Effective Clinical Supervision Evaluation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 51–56. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2011.11.205>
- Dehaut, H. (2024). Cooperation protocols in emergency departments. *Revue de l’Infirmiere*, 73(302), 33–34. <https://doi.org/10.1016/J.REVINF.2024.05.012>
- Despacho n.º 1057/2015. (2015). Diário da República, 2.ª série-N.º 22-2 de fevereiro de 2015. *Diário Da República, 2.ª série (N.º22)*, 3039.
- Despacho n.º 4163/2019. (2019). *Despacho n.º 4163/2019 | DR*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4163-2019-122109203>
- Despacho n.º 8237/2022. (2022). Diário da República, 2.ª série (n.º 129), 444–445. [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). Despacho n.º 10319/2014 | DR. *Diário Da República, Série II(n.º10319/2014)*, 20673–20678. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) - Portal das Normas Clínicas*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022a). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico - *Portal das Normas Clínicas*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022b). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central - *Portal das Normas Clínicas*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022c). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical - *Portal das Normas Clínicas*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022d). “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação - *Portal das Normas Clínicas*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). *Cuidados Intensivos*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Duarte, M., & Costeira, C. (2025). Developing Portuguese Nurses’ Skills in Inter-Hospital Transportation of Critically Ill Patients: Quality Improvement Project. *Emergency Care and Medicine*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.3390/ecm2010009>

- Emaliyawati, E., Ibrahim, K., Trisyani, Y., Nuraeni, A., Sugiharto, F., Nur Miladi, Q., Abdillah, H., Christina, M., Riandi Setiawan, D., & Sutini, T. (2025). Enhancing Disaster Preparedness Through Tabletop Disaster Exercises: A Scoping Review of Benefits for Health Workers and Students Enhancing Disaster Preparedness Through Tabletop Disaster Exercises: A Scoping Review of Benefits for Health Workers and Students. *Advances in Medical Education and Practice*. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S504705>
- Ernawati, E., Revis, A., & Elrifda, S. (2022). How Effective is Clinical Supervision in Nursing? A Systematic Review. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 8(2). <https://doi.org/10.32598/JCCNC.8.2.426.1>
- Faria, S. S. (2017). Intervenção especializada de enfermagem ao potencial dador de órgãos em morte cerebral (Dissertação de mestrado). [Instituição de ensino]. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/ac566d4c-ebc6-49e0-a12f-6e7d5fd821e6/download>
- Fathoni, M., Wadjib, Y. Y. P., & Addiarto, W. (2019). The Effect of Learning Tabletop Disaster Exercise (TDE) to Improve Knowledge among Nursing Students for Disaster Emergency Response. *Research Journal of Life Science*, 6(1), 29–35. <https://doi.org/10.21776/UB.RJLS.2019.006.01.4>
- Fernandes, N. M. G. (2023). Ambiente de prática de cuidados e perfil dos enfermeiros de ambulâncias de SIV [Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://openurl.ebsco.com/contentitem/edsbas:edsbas.2C522E8B?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:edsbas:edsbas.2C522E8B&crl=c>
- Ferreira, C. I. S. R. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/37f6dd18-bf31-47c3-81d1-229e3b219627/download>
- Ferreira, C. M. (2018). *Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses no intra-hospitalar* [Instituto Politécnico de Viseu]. <https://core.ac.uk/download/pdf/160796157.pdf>
- Fowler, K., Robbins, L. K., & Lucero, A. (2021). *Nurse manager communication and outcomes for nursing: An integrative review*. 1–10. <https://doi.org/10.1111/jonm.13324>
- Galiano, C., Almeida De Moura, A., Souza Gleriano, J., Mininel, V. A., De Cássia Trovó, M., Fraga De Figueiredo, M., Ferreira Goulart, B., Dias, L., & Chaves, P. (2025). Supervisão de enfermagem no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 59, e20240238. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0238EN>
- Gheisari, F., Farzi, S., Tarrahi, M. J., & Momeni-Ghaleghasemi, T. (2024). The effect of clinical supervision model on nurses' self-efficacy and communication skills in the handover process of medical and surgical wards: an experimental study. *BMC Nursing*, 23(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12912-024-02350-9/TABLES/7>
- Godinho, C. S. (2020). *A aprendizagem em simulacros e a aquisição de competências na gestão de catástrofes*. Universidade Europeia.
- Hawkins, P., Shohet, R., & Pgche, M. A. (2017). Book Review Supervision in the Helping Professions AUTHOR(S) OF THIS REVIEW: Terence Nice BSc MSw. *AJPP-60*, 1(1). <https://journals.kent.ac.uk/index.php/ajpp/index>

- Hudays, A., Gary, F., Voss, J. G., Hazazi, A., Arishi, A., & Al-sakran, F. (2023). Job Satisfaction of Nurses in the Context of Clinical Supervision: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(1), 6. <https://doi.org/10.3390/IJERPH21010006>
- Hughes, R., Meadows, M. T., & Begley, R. (2022). American Organization for Nursing Leadership Nurse Leader Core Competencies: A Framework Reaching Across the Continuum and Leadership Levels. *Journal of Nursing Administration*, 52(12), 629–631. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001221>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2013a). *EmEmergência TraUma* (INEM, Ed.; 2ª edição). IMEM. <https://aprender.inem.pt/course/view.php?id=8>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2013b). *PCR-Adulto PARAGEM CÁRDIO-RESPIRATÓRIA NO ADULTO*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2022). *iTEAMS INEM*. INEM. <https://www.inem.pt/2022/12/28/iteams-inem-uma-realidade-cada-vez-mais-presente-no-socorro-em-portugal/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2023). *Relatório de Atividade dos meios de emergência médica*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Manual de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde no INEM. <https://inem.sharepoint.com/sites/INEM/Intranet%20%20Backup/.Intranet%20-%20Backup/01.Qualidade/02.5.%20Controlo%20Infe%C3%A7%C3%A3o/MANUAL%20DE%20PREVEN%C3%87%C3%83O%20DE%20INFEC%C3%87%C3%95ES%20ASOCIADAS%20AOS%20CUIDADOS%20DE%20SA%C3%9ADE%20no%20INEM.pdf?CT=1749043617128&OR=ItemsView>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM].. (2024). Manual de Situações de Exceção (2). *INEM*. <https://aprender.inem.pt/course/view.php?id=8>
- Júnior, L. da S. S., Mello, M. E. R. de, Angel, D. J., & Dantas, M. F. da N. (2025). Desafios enfrentados pelo profissional de enfermagem no atendimento pré-hospitalar: Uma revisão integrativa. *Revista Foco*, 18(3), e8036. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n3-086>
- Khan, K. (2018). Tabletop Exercise on Mass Casualty Incident Triage, Does it Work? *Health Sci J*, 12(3), 566. <https://doi.org/10.21767/1791-809X.1000566>
- Lino, A. S. (2023). Desenvolvimento de protótipo de serious game para prevenção de quedas no ambiente hospitalar. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/263786>
- Liu, M., Chen, W., Liao, Q., Gu, Q., Hsu, M., & Poon, A. (2013). Validation of two pressure ulcer risk assessment scales among chinese ICU patients. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(9), 145–150. <https://doi.org/10.12707/RIII12146>
- Lu, J. N., Hu, W. J., Xi, J. T., Xu, W., Wang, J. B., & Zhang, Z. N. (2022). 2022) The Usage of Triage Systems in Mass Casualty Incident of De-veloped Countries. *Open Journal of Emer-Gency Medicine*, 10, 124–137. <https://doi.org/10.4236/ojem.2022.102011>

- Luz Rodríguez-Acelas, A., De Abreu Almeida, M., Manoela, J., Figueiredo, S., Vanessa, J., Mantovani, M., Mattiello, R., & Cañon-Montañez, W. (2021). Validity and reliability of the RAC adult infection risk scale: A new instrument to measure healthcare-associated infection risk. *Res Nurs Health*, 44, 672–680. <https://doi.org/10.1002/nur.22139>
- Mahendiran, M., Yeung, H., Rossi, S., Khosravani, H., & Perri, G.-A. (2023). Evaluating the Effectiveness of the SPIKES Model to Break Bad News-A Systematic Review Background and Objective. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* ® 2023, 40(11), 1231–1260. <https://doi.org/10.1177/10499091221146296>
- Martins, J. C. A. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(n.º12), 155–161. <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RIV16074>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(23), 12–28. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-Based Clinical Supervision: Principles and Practice*. Wiley-Blackwell.
- Miranda, J. P. (2022). *Intervenção de enfermagem em ambulância de suporte imediato de vida: contributos na evolução clínica do utente*. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2730>
- Mota, J. A. C. (2009, Novembro 3). *Vista do Quando um Tratamento se Torna Fútil?* [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/291/430](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/291/430)
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). The pre-hospital nurse: care for the cure. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2020(5e), 147–152. <https://doi.org/10.29352/MILL0205E.14.00333>
- Mourão, M. de F. R., & Chagas, D. R. (2020, June). *View of Ações de prevenção e controle de infecção em hospitais / Prevention and infection control actions in hospitals*. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-401>
- Niinihuhta, M., & Häggman-Laitila, A. (2022). A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5), e13040. <https://doi.org/10.1111/IJN.13040>
- Norma n.º 008/2023. (2023). *Norma 008/2023*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- Oliveira, A., & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (n.º 9), 115–124. <https://doi.org/10.12707/RIII1287>
- Oliveira, A. S. S., & Martins, J. C. A. (2013). Referência-Revista de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (n.º 9). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239968019>

- Ordem dos Médicos. (1994, November 10). Declaração da Ordem dos Médicos. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/declaracao/1994-618930>
- Ordem dos Médicos. (2018). *Documento orientador da formação em medicina intensiva (DOFMI) 2018*.
- Parecer n.º 04/2021. (2021). Parecer do Conselho de Enfermagem e mesa do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica n.º 04/2021. *Ordem Dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21432/parecer-n%C2%BA-04\\_ce-e-mceemc-fun%C3%A7%C3%B5es-enfermeiros-siv-e-sub.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21432/parecer-n%C2%BA-04_ce-e-mceemc-fun%C3%A7%C3%B5es-enfermeiros-siv-e-sub.pdf)
- Park, S., & Lee, H. (2025). The Effect of Communication in Emergency Department Isolation Rooms Using Smart Glasses: A Mixed-Methods Study. *Journal of Clinical Nursing*, 34(10). <https://doi.org/10.1111/JOCN.17690>,
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *Public Health*, 18, 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Proctor, B. (1987). Supervision: a co-operative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne (Eds.), *Enabling and Ensuring Supervision in Practice*. Leicester: National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work. .
- Proctor, B. (2010). Training for the supervision alliance. In J. R. Cutcliffe, K. Hyrkäs, & J. Fowler (Eds.), *Routledge handbook of clinical supervision* (pp. 23–33). Routledge.
- Regulamento n.º 101/2015. (2015). *Regulamento\_101\_2015\_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor*. Diário Da República. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_101\\_2015\\_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf)
- Regulamento n.º 140/2019. (2019a). Competencias comuns. *Diário Da República*, 2.ª série(N.º26), 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019b). DL 140-2019. *Diário Da República*, 2.ª série (n.º26), 4744–4750.
- Regulamento n.º 226/2018. (2018). Ordem do Enfermeiros, Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra -Hospitalar Diário da República, 2.ª série-n.º 74-16 de abril de 2018. *Diário Da República*, 2.ªsérie (n.º74), 10758–10764.
- Regulamento n.º 361/2015. (2015). PARTE E. *Diário Da República*, 2.ª série(N.º 123), 17240–17243. oa em Situação Crítica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Diário da República, 2018. *Diário Da República*, 2.ª série (Nº 135), 19359–19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- Remache-Silva, J. E., Aguirre-Sanabria, M. E., Bastidas-Arbelaez, T. Z., & Bricio-Yela, F. C. (2021). La auditoría y sus diversas funciones para la información efectiva. *FIPCAEC*, 6(Num 1), 114–127. <https://doi.org/https://doi.org/10.23857/fipcaec.v6i1.431>

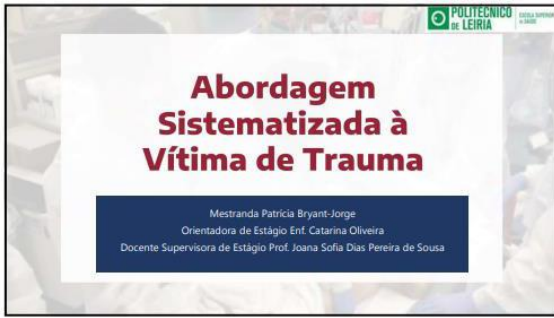
- Rocha, A. C. M. (2014). *Supervisão clínica em enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados: Perspetiva dos supervisionados* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto).
- Rodríguez Acelas, A. L., & Cañon Montañez, W. (2018). Contribuciones de las escalas en salud como herramientas que influyen en las decisiones en el cuidado de los pacientes. *Revista Cuidarte*, 9(1), 1949. <https://doi.org/10.15649/CUIDARTE.V9I1.498>
- Rosa, C. da S. R., Carvalho, A. G. F., & Barja, P. R. (2022). *SOFT SKILLS: Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro na Atualidade*. <https://doi.org/doi.org/10.18066/revistaunivap.v28i57.2592>
- Ryu, H., Buus, N., Naccarella, L., Zarb, L., & Hamilton, B. (2024). Factors that influence the clinical supervision implementation for nurses: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/JAN.16390>
- Sakamoto, V. T. M., Vieira, T. W., Viegas, K., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2021). Nursing assistance in patient care with external ventricular drain: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20190796. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0796>
- Santos, C., & Dixe, M. dos A. C. R. (2017). Validação cultural do “Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET®)”: Preparação dos enfermeiros perante uma situação de catástrofe. <https://iconline.ipleiria.pt/entities/publication/adbf4c19-7d07-47af-9599-ddcae16d963e>
- Sérgio, M. S. S. B. B., Carvalho, A. L. R. F., & Barroso Pinto, C. M. C. (2023). Perception of Portuguese nurses: clinical supervision and quality indicators in nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0656>,
- Sérgio, M. S. S. B. B., Carvalho, A. L. R. F. de, & Pinto, C. M. C. B. (2023). Supervisão clínica: um contributo na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/CE.V28I0.89400>
- Serra, D. M. P., Costa, I. A., Godinho, S. F. F., Henriques, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30(30), 317–337. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>
- Silva, E. A., & Cruz, I. C. F. da. (2018). Guidelines for evidence-based practice for the control of nursing intervention in the prevention of central venous catheter-related infection, a challenge in practical ICU care - Systematized Literature Review. *Journal of Specialized Nursing Care*, 10(1). <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2984/757>
- Silva, M. D. D. de A., de Magalhães, J. F. da S. M. O., Azevedo, G. E. G. G., Queirós, C., & Borges, E. (2024). Clima e cultura organizacional: Implicações para a prática de enfermeiros extra-hospitalares. *Cogitare Enfermagem*, 29, e97282. <https://doi.org/10.1590/CE.V29I0.97282>
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership Styles and Nurses’ Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>

- Sundean, L. J., Han, H. P., Waddell, A., & Adams, J. M. (2021). A concept analysis of influence for nurse leaders. *Nursing Outlook*, 69(3), 286–292. [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(20\)30698-9/abstract](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(20)30698-9/abstract)
- Teixeira, A. I. C. (2021). *Supervisão Clínica em Enfermagem-Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional* [Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/136599/2/502760.pdf>
- Tomé, L. M. da S. D. (2018). *Plano de intervenção em catástrofe ou situações de emergência multivítima no serviço de urgência: intervenção especializada de enfermagem da conceção à ação* [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/25263>
- Tubau, J. M., & Alibés Ester Busquets. (2011). Bioética. *Bioética&debat*, 17(64), 1–7.
- Valentin, A., Ferdinande, P., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med*, 1575–1585. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2332-z>
- Veras, R. F. S., Falcão, R. M. de M., Rodrigues, M. M. P., & Oliveira, J. dos S. (2021). Morse fall scale como instrumento de avaliação do risco de queda no ambiente hospitalar: Revisão integrativa. VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 739–755. <https://doi.org/10.46943/VIII.CIEH.2021.01.039>
- Vieira, joana, Diniz, A., & Santos, A. (2025). Segurança na preparação e administração de medicamentos: Implementação de um projeto de segurança do doente. *Servir*, 1–6. <https://doi.org/10.48492/servir0211.38438>
- Ximenes, M. A. M., Brandão, M. G. S. A., Araújo, T. M., Neto, N. M. G., Barros, L. M., & Caetano, J. Á. (2021). Efetividade de intervenções educativas para prevenção de quedas: Revisão sistemática. *Texto & Contexto Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0558>
- Zonneveld, D., Conroy, T., & Lines, L. (2024). Clinical supervision experience of nurses in or transitioning to advanced practice: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(9), 3547–3564. <https://doi.org/10.1111/JAN.16126>

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **FORMAÇÃO EM SERVIÇO: ABORDAGEM SISTEMATIZADA À VÍTIMA DE TRAUMA**



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



11



12



13



14



15



16



17



18



19



20



21



22



23



24



25



26



27



28



29



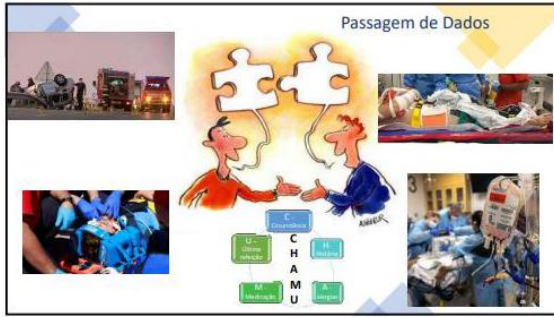
30



31



32



33



34



35



36



37



38



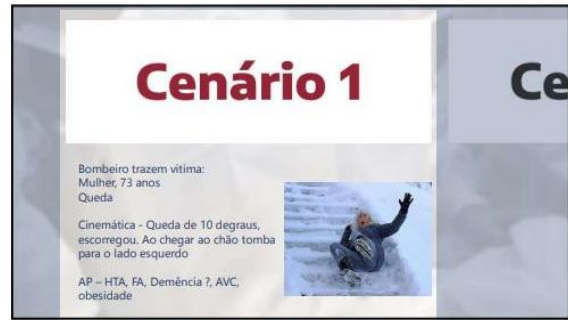
39



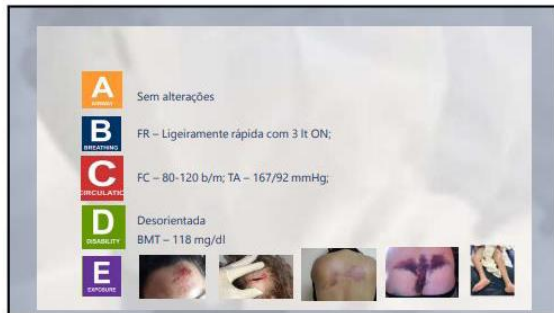
40



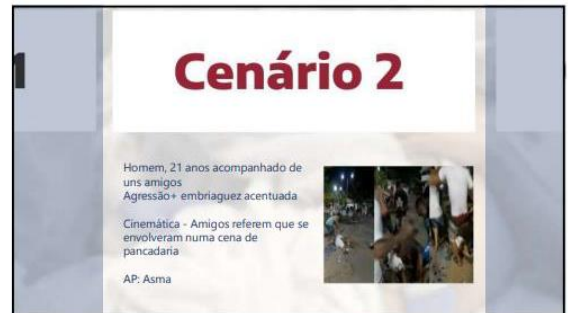
41



42



43



44



45



46




47



48

### Conclusão

- o A abordagem sistematizada à vítima de Trauma deve ser dinâmica e contínua
- o A Cinemática do Trauma deve ser um aspeto a considerar
- o Sequência ABCDE – sequência do que mata 1º
- o Alteração encontrada, alteração corrigida ou promover ações para a sua correção



49

### Bibliografia

- JIMÉNEZ, J. A. Cinemática del trauma. *Abordaje inicial de urgencias*, 617. [https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C&as\\_ylo=2015&as\\_yhi=2023&q=cinematica+do+trauma&btnG=](https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C&as_ylo=2015&as_yhi=2023&q=cinematica+do+trauma&btnG=)
- INEM - Manual TAS, 2012 - <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%AAncias-Trauma.pdf>
- Raphaella, M., Cinemática e Biomecânica do Trauma <https://slideplayer.com.br/slide/14217215/>
- INEM - Manual de Abordagem à Vítima. Versão 2.0 1ª Edição, 2012 ISBN 978-989-8646-04-0
- INEM - Manual de Emergências de Trauma. Versão 1.0 2ª Edição, 2013. ISBN 978-989-8646-02-6
- ATLS - Advanced Trauma Life Support®. Student Course Manual, 10ª ed, 2018. ISBN 78-0-996262-3-5

50



51



52

## **APÊNDICE II**

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO: ALGORITMO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

**Algoritmo de Suporte Avançado de Vida Adulto**

Mestranda Patrícia Bryant-Jorge  
 Orientadora de Estágio Enf. Catarina Oliveira  
 Docente Supervisora de Estágio Prof. Joana Sofia Dias Pereira de Sousa

1



2

**Algoritmo de Suporte Avançado de Vida Adulto**

**Objetivos:**

- > Reconhecer a necessidade de implementar um sistema de prevenção da PCR intra-hospitalar;
- > Compreender o algoritmo de Suporte Avançado de Vida
- > Perceber os procedimentos a realizar nos Ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis
- > Compreender a importância da causas potencialmente reversíveis

3

**Prevenção da PCR Intra-hospitalar**

- ❖ Profissionais treinados
- ❖ Vigilância
- ❖ Monitorização
- ❖ Orientações claras
- ❖ Protocolo de atuação
- ❖ Capacidade de resposta

4

**Prevenção da PCR Intra-hospitalar**

- > Habitualmente não é súbito e imprevisível;
- > Deterioração fisiológica (lenta e progressiva):
  - > Hipóxia
  - > Hipotensão
- > Doentes não monitorizados.

5



6

**Algoritmos SAV Adulto**  
 Ritmos Desfibrilháveis

**Avaliar ritmo**

- 1º Choque 150-200 J
- 2º Choque Incremento de energia seguinte 360 J
- Após 3º Choque:
  - Amiodarona 300mg/20ml
  - D5%+H<sub>2</sub>O/Lidocaina 100 mg
  - Adrenalina 1 mg (se ainda não iniciada)
- Após 5º Choque
  - Amiodarona 150mg/20ml
  - D5%+H<sub>2</sub>O/Lidocaina 50 mg

7

**Algoritmo SAV Adulto**  
 Ritmos Não Desfibrilháveis

**Avaliar ritmo**

Adrenalina 1 mg cada 3 a 5 min

Confirmar (EIV):

- os electrodos
- mudar de derivação
- aumentar o ganho

8

### Algoritmo SAV Adulto

Durante SBV:

- P** Pay attention
- A** Acknowledge your assistance
- U** Understand your perspective
- S** Seek different perspectives
- E** Explain your options and make a decision

9

### CAUSAS POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS

4 H      4 T

10

### ALGORITMO SAV ADULTO

**Avaliar ritmo**

Avaliar pulso se ritmo compatível com existência de pulso

- Adrenalina 1 mg 3-5 min (ciclo sim/ciclo não)
- Amiodarona 300mg/20ml
- D5%<sub>10</sub> / Urocaína 100 mg

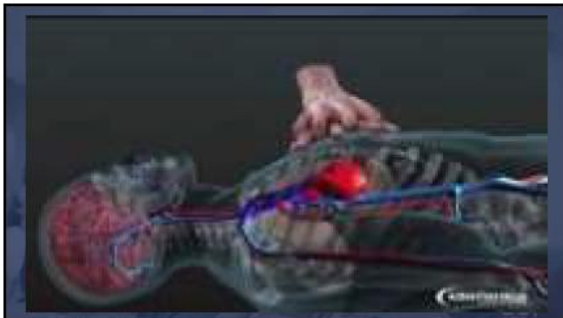
11

### ADJUVANTES DA REANIMAÇÃO

**CONSIDERAÇÕES:**

- Trombolíticos
- Fluidos
- ECPR
- Dador de coração parado

12



13

### APÓS RETORNO DE CIRCULAÇÃO EXPONTÂNEA

**A B C D E**  
airway breathing circulation disability exposure

• AVALIAÇÃO 2ª

14



15

### ALGORITMO SAV ADULTO

Conclusão

ALS 2021  
**5 TOP MESSAGES**

1. High-quality chest compression with minimal interruption, early defibrillation, and treatment of reversible causes remain the priority
2. Premonitory signs and symptoms often occur before cardiac arrest in, or soon after hospital cardiac arrest is preventable in many patients
3. Use a basic or advanced airway technique only if you have a high success rate should you be called to assist
4. Use adrenaline early for non-shockable cardiac arrest
5. In select patients, if feasible, consider extracorporeal CPR (ECPR) as a rescue therapy when conventional ALS is failing

16

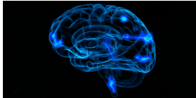


17

### **APÊNDICE III**

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIFERENCIADOS À PESSOA  
EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM MONITORIZAÇÃO INVASIVA DA PIC**

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIFERENCIADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM MONITORIZAÇÃO INVASIVA DA PIC



Estudante: Patrícia Bryant-Jorge  
 Orientador de estágio: Enf. Paulo Monteiro  
 Docente Supervisora de estágio - Prof. Cristina Costeira

Novembro 2023

1

## OBJETIVOS

- Compreender os conceitos e a interação entre eles
- Perceber a importância da interpretação da curva PIC
- Perceber as intervenções de Enfermagem
- Conhecer os aspetos que interferem com a PIC

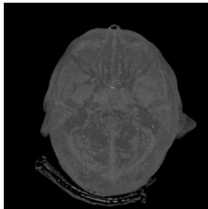
11/09/2023 2

## Conceitos

- FSC - Fluxo Sanguíneo Cerebral:
  - O<sub>2</sub>
  - Glucose

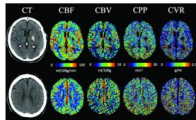
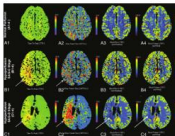
**FSC = PPC/RVC**

- RVC - Resistência Vascular Cerebral:
  - Vasoconstrição: > RVC -> ↓ FSC -> risco de Isquemia
  - Vasodilatação: < RVC -> ↑ FSC -> risco de HIC



11/09/2023 3

## Conceitos

- PPC - Pressão Perfusão Cerebral
  - > 60 mmHg
  - < 70 mmHg
- IPAM e/ou ↑PIC -> ↓ PPC - Isquemia
- ↑PAM e/ou ↓PIC -> ↑ PPC - Edema
- PAM - Pressão Arterial Média
  - > 50 mmHg
  - < 150 mmHg
- Complacência - capacidade de compensar ↑ volume cerebral

11/09/2023 4

## PRESSÃO INTRACRANIANA




- Cérebro - Parênquima cerebral
- Sangue venoso
- Líquido Cefalorraquidiano (LCR)


$$PIC = V_{\text{cérebro}} + V_{\text{sgv}} + V_{\text{LCR}}$$

- Pressão pulsátil
- Oscila com os ciclos cardíacos e respiratórios

11/09/2023 5

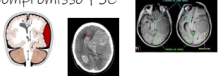
## PRESSÃO INTRACRANIANA

- Representada:
  - Quantitativa
    - > 0/5 mmHg < 15 mmHg
    - Normal 10 mmHg
  - Qualitativa/Gráfica - curva pulsátil



NORMAL

- PIC ↑ (sustentada) - > 5/10 min - Hipertensão Intracraniana -> Herniação
- ≥ 20 mmHg - HIC moderada
- ≥ 22 mmHg - mau prognóstico
- ≥ 40 mmHg - HIC grave - compromisso FSC



11/09/2023 6

### REGULAÇÃO DA PIC DOUTRINA MONRO-KELLIE

- Espaço intracraniano – volume constante
- ↑ volume se:
  1. Massa
  2. ↑ Volume Sg
  3. ↑ volume LCR
  4. ↑ tecido cerebral
- Mecanismo compensatório

7

### MECANISMO DE COMPENSAÇÃO

- Mecanismo de compensação:
  - Mantido
    - Complacência ≈
    - >↑ volume - =/↑ PIC
  - Comprometido
    - Complacência ↓
    - <↑ volume - ↑↑ PIC

8

### AUTOREGULAÇÃO

- Preservada
  - ↓ PAM → ↓ PPC → Vasodilatação → ↓ RVC → = FSC
  - ↑ PAM → ↑ PPC → vasoconstrição → ↑ RVC → = FSC
- Perturbação
  - ↓ PAM → ↓ PPC → ↓ FSC → Isquémia
  - ↑ PAM → ↑ PPC → ↑ FSC → Edema
- Utentes com HTA crónica:
  - Desvio da curva para a dta
  - PAM > para FSC mantido

9

### MODALIDADES DE MONITORIZAÇÃO DA PIC

- Invasivos
  - Intraventricular – DVE – Gold Standard
  - Intraparenquimatosa
  - Epidural
  - Subdural
- Não invasivos
  - BrainScope®
  - Pupílometria
  - doppler transcraniano
  - diâmetro da bainha do nervo ótico

10

### MONITORIZAÇÃO INTRAVENTRICULAR Drenagem Ventricular Externa

- Diagnóstica e terapêutica
- Medição PIC
  - Intermitente
  - Contínua
- Drenagem LCR
  - Intermitente
  - Contínua
- Antibioterapia
- Risco de infeção 10/20% - ↑ > 5 dias

11

### MONITORIZAÇÃO INTRAPARENQUIMATOSA

- Transdutor incorporado no cateter
- Fácil inserção sem especificidade
- Risco de infeção ↓ - 1%
- Diagnóstica

12

### ONDA PIC

- Curvas
  - P1 - pulsação arterial
  - P2 - Complacência intracraniana
  - P3 - Encerramento da válvula aórtica
  - P1 > P2 > P3
  - P2 ≥ P1 - baixa complacência mesmo se PIC normal

13

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Cabeceira a 30°-45°
- Cabeça na linha média
- Redução de estímulos
- Monitorização multimodal
- Normocapnia, Normotermia e normoglicemia
- Vigilância do local de inserção, penso e drenagem
- DVE
  - Nível - Tragus e PIC alvo
  - Elmsht
  - Posicionamentos

14



## **APÊNDICE IV**

### **FORMAÇÃO EM SERVIÇO: ABORDAGEM À VÍTIMA POLITRAUMATIZADA EM CONTEXTO SIV**

## ABORDAGEM À VITIMA POLITRAUMATIZADA EM CONTEXTO SIV

Estudante: Patrícia Bryant-Jorge  
 Orientador de estágio: Enf. Eddy Dias  
 Docente Supervisora de estágio - Prof. Cristina Costeira

1

## OBJETIVOS

- Relatar caso clínico
- Realizar a abordagem 1ª - C ABCDE
- Enquadrar os Protocolos SIV na abordagem da vítima de Trauma
- Identificar potenciais complicações
- Perceber a relevância da abordagem especializada numa vítima de Trauma

2

## ACTIVAÇÃO

- Ficha nº 1234
- Acidente viação - Choque frontal
- 2 vítimas encarceradas
- Óbitos
- BV Caldas da Rainha + VMER Caldas da Rainha+ VMER Torres Vedras

3

## A CAMINHO

- Avaliação do cenário:
  - Cinemática envolvida
  - Meios no local
- Abordagem CABCADE
- Protocolos e Procedimentos SIV

4

## A CAMINHO - Avaliação do cenário

- Cinemática envolvida
  - Colisão (1ª Lei de Newton + Lei de Conservação de Energia)
    1. Impacto entre 2 objetos
    2. Impacto dos ocupantes
    3. Impacto dos órgãos



5

## A CAMINHO - Avaliação do cenário

Cinemática envolvida- Impacto Frontal

- Movimento para cima
- Movimento para baixo



6

## A CAMINHO - Avaliação do cenário

- Meios no local



7

## A CAMINHO - Avaliação do cenário

- Abordagem **C A B C D E**
  - C** - Controle de hemorragia exsanguinante
  - A** - VA com Estabilidade Cervical
  - B** - Ventilação e Oxigenação
  - C** - Circulação com Controle de Hemorragia
  - D** - Disfunção Neurológica
  - E** - Exposição com controle de temperatura

8

### A CAMINHO - Avaliação do cenário

<b>• Protocolos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem à vítima de Trauma</li> <li>• TCE</li> <li>• Trauma do Tórax</li> <li>• Trauma Abdómen e Bacia</li> <li>• Trauma Vertebro-Medular</li> <li>• Trauma das Extremidades e Tecidos Moles</li> <li>• PCR</li> <li>• Outros...</li> </ul>	<b>• Procedimentos SIV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Precauções Universais</li> <li>• Aspiração da cavidade oral</li> <li>• Descompressão de Pneumotórax Hipertensivo</li> <li>• Colocação de Máscara Laringea</li> <li>• Acesso venoso periférico ou intraosseo</li> <li>• Sedação e analgesia</li> <li>• Estabilização da bacia</li> <li>• Outros...</li> </ul>
--	--

9

### NO LOCAL

- Segurança
- Avaliação do cenário
- Meios no local

10

### VITIMAS

<b>• Masculino, 21 A</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capotamento - Encarcerado tipo I</li> <li>• Vômito</li> <li>• Agitado</li> </ul>	<b>• Feminino, 20 A</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encarcerado tipo I</li> <li>• Dispneia</li> <li>• AEC</li> </ul>
--	---

11

### ABORDAGEM SISTEMATIZADA

**C** Controle de hemorragia exsanguinante

- Compressão direta
- Compressão Indireta
- Torniquetes

**E** Potencial lesão/ medidas a adotar

- Colocar 5 cm acima
- Registrar hora

12

### ABORDAGEM SISTEMATIZADA

**A** VA com Estabilidade Cervical (se necessário)

- Sinais de obstrução da VA:
  - Rouquidão
  - Estridor
  - Gorgolejo
  - Ressonar
- Alterações no pescoço:
  - Massas/Feridas
  - Desvio da traqueia
  - Ingurgitamento jugular
  - Sangue

**E** Potencial lesão/ medidas a adotar

- Aspiração cavidade oral
- Colocação tubo orofaríngeo
- Estabilização cervical (com colocação de colar cervical, se necessário)

13

### ABORDAGEM SISTEMATIZADA

**B** Ventilação e Oxigenação

- F.A.R.
- SpO2 e Capnografia
- Auscultação
- Inspeção
- Palpação
- Percussão
- Simetria
- Utilização de musculatura acessória
- Cianose

**E** Potencial lesão/ medidas a adotar

- Aporte O<sub>2</sub> (sat. O<sub>2</sub> ≥ 95%)
- Descompressão de Pneumotórax Hipertensivo (avaliar repercussão hemodinâmica)
- Apoio à ventilação (Máscara laringea, máscara e ventilação assistida)

14

### ABORDAGEMSISTEMATIZADA

**C** Circulação com Controlo de Hemorragia

- Pele - cor, temp. e humidade
- TPC
- Pulsos periféricos e centrais - F.A.R.S.
- TA, FC e ECG
- Palpação abdominal
- Pesquisa de hemorragia de ossos longos
- Suspeita de #bacia (NÃO PESQUISAR!!)

**E** Potencial lesão/ medidas a adotar

- Acesso venoso/IO
- NaCl 0,9% 1000 ml
- Estabilização da Bacia - Cinto pélvico
- # Ossos longos - TAI
- Analgesia e Sedação

15

### ABORDAGEM SISTEMATIZADA

**D** Disfunção Neurológica

- GCS
- Reação pupilar
- Sinais focais bilateralmente
- BMTeste
- Lesão TVM - nível

**E** Potencial lesão/ medidas a adotar

- NaCl 0,9% 1000 ml (TAS ≥ 120 mmHg)
- Cabeceira a 30°-45°
- Normocapnia, Normotermia
- Considerar a retirada do colar cervical

16



## **ANEXOS**

## ANEXO I

Autorização formal para a utilização da versão portuguesa da *Manchester Clinical Supervision Scale*  
MCSS® desenvolvido pela Sr.ª Prof.ª Sandra Cruz

### Pedido de utilização da versão portuguesa da MCSS(R) - Autorizacão

Sandra Cruz [REDACTED]

qui, 19/10/2023 08:20

Para: Patrícia Maria Bryant-Jorge [REDACTED]

Cc: ESEP - SGR.Secretariado [REDACTED]

**Atenção:** Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Cara Patrícia Bryant-Jorge,

É com apreço e satisfação que recebo o seu pedido e autorizo a utilização da versão portuguesa da MCSS® para os fins descritos no email abaixo.

Mais informo que já existe a MCSS-26®, que é uma versão reduzida da Manchester Clinical Supervision Scale (escala original de 36 itens) e como o próprio nome da escala indica é uma versão com menos itens, composta por 6 subescalas que estão ligadas às funções do Modelo de Proctor (formativa, normativa e restauradora) tal como a inicial. Pode consultar a informação sobre a MCSS-26® no website dos autores (Edward White & Julie Winstanley). <https://whitewinstanley.com/mcss26/>

Votos de bom trabalho e de muito sucesso!

Com os melhores cumprimentos [REDACTED]

Sandra Cruz

## **ANEXO II**

Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA DO [REDACTED]

PARECER N.º CE/I [REDACTED]/11/2024

Data: 06/02/2024

Título do estudo – Supervisão Clínica enquanto instrumento de melhoria da qualidade na intervenção do enfermeiro em SIV

Nome do (s) proponente (s): Patrícia Bryant-Jorge

Investigadora Principal: Cristina Raquel Batista Costeira

Membros da equipa de investigação:

Patrícia Bryant-Jorge; Cristina Raquel Batista Costeira

O estudo tem como objetivos: -----  
Descrever a perceção dos enfermeiros do INEM a exercer funções em SIV, sobre a qualidade e a efetividade da supervisão clínica recebida, especificamente no que diz respeito ao efeito da supervisão clínica no seu desenvolvimento profissional, melhoria de competências, tempo de reflexão e a qualidade da relação de supervisão. -----  
A data de início do estudo/projeto está definida e está adequada, março 2024 (após autorização da CE). -----  
A data de fim (prevista) do estudo/projeto está definida e está adequada, junho 2024. -----  
A data prevista de início da recolha de dados está definida e está adequada, março 2024. -----  
A data prevista de fim da recolha de dados está definida e está adequada, abril 2024. -----  
Metodologia: -----  
O tipo de estudo está corretamente descrito e justificado. -----  
A população-alvo está identificada e corretamente justificada. A amostra está identificada e corretamente justificada. -----  
Os critérios de inclusão estão definidos e corretamente justificados. -----  
Não existem critérios de exclusão. -----  
Os locais onde decorre o estudo estão identificados e os procedimentos para a recolha de autorizações estão descritos e corretamente justificados. -----  
Os instrumentos de recolha de dados estão devidamente descritos e anexos ao formulário submetido à CE. -----  
Os procedimentos para a garantia de confidencialidade estão devidamente descritos. -----  
Os procedimentos para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes estão devidamente descritos. -----  
Os benefícios para os participantes e encontram-se devidamente descritos. -----  
Não foram identificados custos de participação para os participantes no estudo, bem como possíveis compensações. -----  
O termo de responsabilidade foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----  
O consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----  
O compromisso de honra do investigador principal foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

No consentimento informado foi referido como responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrente do RGPD, a investigadora principal. -----

**Após a reformulação da proposta submetida, no seguimento dos esclarecimentos adicionais solicitados, a CE emite parecer favorável.** -----

P'la CE a Presidente

[REDACTED]