



DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Impacto da Simulação Clínica Interprofissional em Suporte
Avançado de Vida, na Liderança e Gestão de Tarefas de
Enfermeiros e Médicos num Serviço de Urgência

Raquel Antunes Ferreira

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

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

Coorientador: Professora Mestre Ângela Marina da Costa Pragosa

Leiria

abril de 2026



Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte e da Professora Mestre Ângela Marina da Costa Pragosa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

PENSAMENTO

*“Our patients did not choose us. We chose them. We could have chosen another profession, but we did not... We must either embrace this responsibility or surrender it. We must give to our patients the very best care that we can - not while we are daydreaming, not with unchecked equipment, not with incomplete supplies and **not with yesterday’s knowledge**”*

(National Association of Emergency Medical Technicians et al., 2011).

AGRADECIMENTOS

A concretização deste desafiante percurso académico só foi possível com o contributo e apoio de várias pessoas. Quero, portanto, agradecer:

Em primeiro lugar, à minha família por todo o apoio incondicional, pela compreensão, força e alento que me deram ao longo deste percurso. Por toda a paciência e ajuda, principalmente nos momentos mais exigentes e desafiantes. Por toda a motivação nos momentos de dúvida e por terem SEMPRE acreditado em mim, mesmo quando eu não o conseguia.

Ao Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte e à Professora Mestre Ângela Marina da Costa Pragosa, pela disponibilidade, rigor científico e académico e pela presença contínua nesta etapa. Por toda a partilha de conhecimento, pela orientação exímia e por todo o incentivo. Por todos os momentos, palavras de apoio e sorrisos nos momentos mais desafiantes. Foram determinantes e inspiraram o meu crescimento académico, profissional e pessoal.

Às enfermeiras orientadoras que se cruzaram no meu percurso académico, pela orientação, partilha de conhecimento e competências, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica.

Aos meus amigos, pelo apoio e compreensão nas ausências, tornando este percurso mais leve.

Aos meus colegas de Mestrado, pelos momentos, partilha, apoio mútuo e companheirismo ao longo deste percurso.

A todos os elementos das equipas interprofissionais com quem me cruzei nos contextos de estágio, pela forma como me acolheram e facilitaram a minha integração.

Estarei eternamente grata por tudo o que foi vivido e partilhado ao longo deste percurso,

Obrigado!

RESUMO

O presente Relatório Final foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, tendo como principal objetivo a reflexão sobre o desenvolvimento das competências especializadas, evidenciando o percurso académico realizado. Este relatório encontra-se dividido em duas partes.

A Parte I centra-se na análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio propostos. Foram realizados três estágios que preconizaram a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, designadamente num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, em contexto Pré-Hospitalar e numa Unidade de Cuidados Intensivos. Desta forma, descrevem-se todas as experiências e oportunidades de aprendizagem, evidenciando-se a análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A Parte II integra o estudo de investigação realizado, que analisa o impacto da simulação clínica interprofissional, em cenários de suporte avançado de vida, na liderança e gestão de tarefas de enfermeiros e médicos num serviço de urgência médico-cirúrgica, da região centro de Portugal. O desenvolvimento deste estudo é apresentado em formato de artigo científico. Os resultados evidenciaram a relevância das competências não técnicas no desempenho da equipa interprofissional, permitindo identificar fragilidades e promover a melhoria do seu desempenho. O estudo desenvolvido reforça a necessidade de programas de formação contínuos e sistematizados sendo que, a simulação clínica interprofissional, em contexto de Serviço de Urgência, poderá traduzir-se na otimização da resposta à paragem cardiorrespiratória, bem como para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Palavras-Chave: Competências Não Técnicas, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeiros, Equipe Multiprofissional, Estágio Clínico, Gestão de Tarefas, Liderança, Serviço Hospitalar de Emergência, Suporte Avançado Cardíaco de Vida, Treinamento por Simulação

ABSTRACT

This Final Report was developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the área of Nursing for People in Critical Situation, at the Escola Superior de Saúde of the Instituto Politécnico de Leiria. Its main objective is to reflect on the development of specialized competencies, highlighting the academic pathway undertaken. This report is structured into two parts.

Part I focuses on the critical-reflective analysis of the competencies developed across the different clinical training settings. Three clinical placements were completed, involving the provision of specialized nursing care to critically ill patients, namely in a medical-surgical emergency department, in a prehospital setting, and in an intensive care unit. The experiences and learning opportunities are described, emphasizing the critical-reflective analysis of the development of both common and specific competencies of the nurse specialist.

Part II includes the research conducted, which analyzes the impact of interprofessional clinical simulation, in advanced cardiac life support scenarios, on leadership and task management among Nurses and physicians in a medical-surgical emergency department in the central region of Portugal. The study is presented in the format of scientific article. The results highlight the relevance of non-technical skills in interprofessional team performance, enabling the identification of weaknesses and promoting performance improvement. The findings reinforce the need for continuous and structured training programs and suggest that interprofessional clinical simulation in emergency department settings may contribute to optimizing the response to cardiac arrest, as well as improving the safety and quality of care for critically ill individuals.

Keywords: Advanced Cardiac Life Support, Clinical Training, Emergency Hospital Service, Interprofessional Team, Leadership, Non-Technical Skills, Nurses, Medical-Surgical Nursing, Simulation Training, Task Management.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

AEC – Alteração do Estado de Consciência

AVC – Acidente Vascular Cerebral

C1 – Cenário 1

C2 – Cenário 2

CD – Código Deontológico

CNT – Competências Não Técnicas

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPCIRA – Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

CT – Competências Técnicas

CVC – Cateter Vascular Central

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

DS – Dotações Seguras

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ECG12D – Eletrocardiograma de 12 Derivações

EE – Enfermeiro Especialista

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

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

EG – Enfermeira Gestora

EI – Equipa Interprofissional

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

EN – Escala Numérica

ERC – *European Resuscitation Council*

GCS – *Glasgow Coma Scale*

GI – Gabinete de Informações

GNR – Guarda Nacional Republicana

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

ILCOR - *International Liaison Committee On Resuscitation*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

iTeams – INEM *Tool for Emergency Alert Medical System*

JCI – *Joint Commission International*

LA – Linha Arterial

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAD – Pedido de Apoio Diferenciado

PBCI – Precauções Básicas no Controlo de Infecção

PC – Proteção Civil

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PEI – Plano de Emergência Interno

PH – Pré-Hospitalar

PM – Posto Médio

PMA – Posto Médico Avançado

PMCQ – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

PMEPC – Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil

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

PQCEEPSC – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RCEM – *Royal College of Emergency Medicine*

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Q – Questão

SABA – Solução Antissética de Base de Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SCCM – Society of Critical Care Medicine

SCI – Simulação Clínica Interprofissional

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIRESP – Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança em Portugal

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

STAR – *Simple Triage and Rapid Treatment*

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TEAM – *Team Emergency Assessment Measure*

TCE – Traumatismo Craneoencefálico

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TSFR – Técnicas de Substituição da Função Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

VA – Via Aérea

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

VVAVC – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS	3
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	4
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	4
1.2. ESTÁGIO EM LOCAL DE OPÇÃO: CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR	6
1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	9
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	12
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	12
2.1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	12
2.1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	17
2.1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	20
2.1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	23
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	24
2.2.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	25
2.2.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.....	31
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	34
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	38
3. IMPACTO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA INTERPROFISSIONAL EM SUPORTE AVANÇADO DE VIDA, NA LIDERANÇA E GESTÃO DE TAREFAS DE ENFERMEIROS E MÉDICOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA	39
3.1. INTRODUÇÃO.....	41
3.2. METODOLOGIA	43
3.2.1. TIPO DE ESTUDO	43
3.2.2. PARTICIPANTES.....	43
3.2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	43
3.2.4. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	44
3.2.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS.....	45
3.3. RESULTADOS.....	45
3.4. DISCUSSÃO	49
3.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	51
3.6. CONCLUSÃO DO ESTUDO.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ESTUDO	52
CONCLUSÃO DO RELATÓRIO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

ANEXOS

ANEXO I – CASUÍSTICA DO PANORÂMA SIV, INEM (2024)

ANEXO II – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE POSTER INTITULADO DE “PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM FRATURAS EXPOSTAS: QUE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR? O QUE DIZ A EVIDÊNCIA?” SUBMETIDO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM DE TRANSPORTE AÉREO DE DOENTES DO INEM

ANEXO III – CERTIFICADO *NURSEBINAR* “LEITURA E INTERPRETAÇÃO DE CAPNOGRAFIA”

ANEXO IV – ESTATÍSTICA TOTAL DO ATENDIMENTO NO PMA

ANEXO V – CERTIFICADO DE PRESENÇA NAS JORNADAS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO E CATÁSTROFE

ANEXO VI – PROGRAMA DO I CONGRESSO DE ENFERMAGEM FORENSE INTERNACIONAL: INTERFACE ENTRE SAÚDE E JUSTIÇA

ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO I CONGRESSO DE ENFERMAGEM FORENSE INTERNACIONAL: INTERFACE ENTRE SAÚDE E JUSTIÇA

ANEXO VIII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO *WORKSHOP* “PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES NO PRÉ-HOSPITALAR E SERVIÇO DE URGÊNCIA

ANEXO IX – PARECER DE ENTIDADE FARMACÊUTICA RELATIVA AO USO DE FÁRMACOS INALADORES EM MÚLTIPLOS UTENTES

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROPOSTA PARA A RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

APÊNDICE II – RESUMO “PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM FRATURAS EXPOSTAS: QUE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR? O QUE DIZ A EVIDÊNCIA?” SUBMETIDO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM DE TRANSPORTE AÉREO DE DOENTES DO INEM

APÊNDICE III – POSTER INTITULADO DE “PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM FRATURAS EXPOSTAS: QUE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR? O QUE DIZ A EVIDÊNCIA?” SUBMETIDO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM DE TRANSPORTE AÉREO DE DOENTES DO INEM

APÊNDICE IV – ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA BASEADA NUM ARTIGO (UCI)

APÊNDICE V – ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA BASEADA NUM ARTIGO (PH)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estatística descritiva dos resultados do instrumento TEAM, por dimensão, nos cenários de simulação clínica interprofissional.....	47
Tabela 2. Análise comparativa dos resultados obtidos no instrumento TEAM, em função do Grupo Profissional, Habilitações Académicas e Formação SAV Certificada, nos cenários de simulação clínica interprofissional, com recurso ao Teste de Mann-Whitney	48
Tabela 3. Correlação de Spearman entre a Idade, o Tempo de Experiência na Prática de Enfermagem e o Tempo de Experiência na Prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica, em função os resultados obtidos no instrumento TEAM, por dimensão, nos cenários de simulação clínica interprofissional	48

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II, integrada no plano de estudos do 1º semestre, do 2º ano, do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, pressupõe a elaboração do presente relatório. Este foi desenvolvido sob a orientação do Professor Doutor Hugo Duarte e coorientação da Professora Mestre Ângela Pragosa.

Em Portugal, o aumento da esperança média de vida da população acentua a necessidade de desenvolver a prática de uma enfermagem especializada, de modo a responder à crescente exigência e complexidade na procura de cuidados de saúde. Neste contexto, o enfermeiro especialista (EE) afirma-se como um profissional com uma identidade diferenciada, sustentada pela expansão dos seus conhecimentos e competências numa área específica, orientando a sua prática para a prestação de cuidados especializados de elevada qualidade (Malta et al., 2025). Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece o EE como “(...) *aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem (...)*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744).

O EE detém uma base de conhecimentos técnico-científicos, aliada a competências especializadas, que lhe permite garantir uma tomada de decisão fundamentada, alicerçada na melhor evidência científica disponível. A sua intervenção integra, de forma articulada, a capacidade da gestão de cuidados, de supervisão clínica, de coordenação, de investigação, de educação, comunicação e liderança (Pour et al., 2024). Neste sentido, espera-se que o EE mobilize as competências comuns definidas no Regulamento n.º 140/2019 (2019), designadamente nos domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, da Melhoria Contínua da Qualidade, da Gestão dos Cuidados e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) presta cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica (PSC), integrando a sua família/cuidador no processo de cuidados. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, a PSC é definida como “(...) *aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (OE, 2018, p. 19362). Neste enquadramento, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC exige uma abordagem especializada, contínua e altamente diferenciada, tendo em consideração a crescente complexidade de técnicas, procedimentos, equipamentos e de monitorização, reforçando a relevância do papel do EEMCPSC (Malta et al., 2025). Paralelamente, a atuação do EEMCPSC requer a capacidade de pensamento crítico e de intervir em contextos dinâmicos, complexos e altamente exigentes (Neppas, 2024). Desta forma, o EEMCPSC detém um perfil de competências próprias e diferenciadas, que lhe permite prestar cuidados de enfermagem altamente qualificados à PSC, “(...) *prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362). Neste âmbito, espera-se ainda que o EEMCPSC seja capaz de “(...) *de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

O presente relatório foi desenvolvido com base numa perspetiva de crítico-reflexiva, sistematizando as aprendizagens adquiridas nos diferentes contextos de estágio, integrando também o desenvolvimento da

prática especializada baseada na evidência. Neste sentido, o relatório encontra-se estruturado em duas partes.

A Parte I apresenta o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCPSC, procurando igualmente evidenciar o processo de reflexão na acção, sobre a acção e para a acção, e o seu contributo para a aquisição das competências inerentes à prática especializada enquanto futura EEEMCPSC. Por conseguinte, a prática reflexiva contribui para o desenvolvimento do conhecimento na disciplina de enfermagem, tratando-se assim de uma metodologia que incentiva o enfermeiro a questionar a sua prática e promove a análise e interpretação das situações, integrando a evidência científica no contexto da prestação de cuidados e permitindo ainda identificar lacunas no seu conhecimento (Sherwood, 2024). Neste enquadramento, a reflexão crítica incide sobre as oportunidades de aprendizagem vivenciadas ao longo dos 3 contextos de estágio: nomeadamente, no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), no Contexto Pré-Hospitalar (PH) e na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Os estágios foram realizados em instituições de saúde da Região Centro de Portugal tendo, cada um destes, tido a duração de 180 horas sob supervisão de EEEMCPSC.

A Parte II integra um estudo de investigação primária, do tipo quantitativo, descritivo e correlacional, apresentado sob a forma de artigo científico, intitulado “Impacto da Simulação Clínica Interprofissional em Suporte Avançado de Vida, na Liderança e Gestão de Tarefas de Enfermeiros e Médicos num Serviço de Urgência”. O objetivo geral deste estudo consiste em analisar o impacto da simulação clínica interprofissional, em cenários de Suporte Avançado de Vida (SAV), na liderança e gestão de tarefas de enfermeiros e médicos num SUMC. Como objetivos específicos, pretende-se: caracterizar socio, demográfica, académica e profissionalmente (idade, sexo, habilitações académicas, formação SAV certificada, tempo de experiência da profissão de enfermagem e de medicina, tempo de experiência na prestação de cuidados à PSC) os enfermeiros e médicos em estudo, que pratiquem simulação clínica interprofissional, em cenários de SAV; avaliar a liderança dos enfermeiros e médicos do SUMC em estudo, que pratiquem simulação clínica interprofissional, em cenários de SAV; avaliar a capacidade de gestão de tarefas dos enfermeiros e médicos do SUMC em estudo, que pratiquem simulação clínica interprofissional, em cenários de SAV; e correlacionar as variáveis socio, demográficas, académicas e profissionais (idade, sexo, habilitações académicas, formação SAV certificada, tempo de experiência da profissão de enfermagem e de medicina, tempo de experiência na prestação de cuidados à PSC), com a liderança e a gestão de tarefas dos enfermeiros e médicos em estudo, que pratiquem simulação clínica interprofissional, em cenários de SAV.

A elaboração do presente relatório de estágio respeita as normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (2024). As referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com as orientações de referência da 7ª edição da *American Psychological Association*.

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

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

De acordo com as Recomendações para o Estágio e Relatório da Componente Clínica dos Ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem Conducentes à Atribuição do Título Profissional de Enfermeiro Especialista, a realização de estágio em contexto profissional da área de especialidade, associada à elaboração do respetivo relatório final, constitui um percurso académico que permite o cumprimento dos objetivos de aprendizagem e a aquisição das competências exigidas ao EE (OE, 2021). Por sua vez, o mesmo documento destaca que *“o estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista”* (OE, 2021, p. 2). Neste âmbito, enquanto futura EEEMCPSC, a realização dos 3 estágios preconizados revelou-se fundamental para conhecer e contactar com as diferentes realidades da prestação de cuidados à PSC e à sua família/cuidador. A diversidade e complexidade das experiências vivenciadas constituíram uma oportunidade privilegiada de aprendizagem, permitindo-me questionar e refletir de forma crítica sobre as intervenções desenvolvidas. Deste processo emergiu a construção do saber cognitivo, que se reflete no saber que advém da reflexão na ação (Alarcão & Rua, 2005), contribuindo para a construção e mobilização do conhecimento, para a consolidação de competências, bem como para o meu crescimento pessoal e profissional.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

A realização deste contexto de estágio decorreu num SUMC de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro do país, correspondente ao segundo nível de resposta e acolhimento a situações de urgência. De acordo com os pressupostos emanados pelo Despacho n.º 10319/2014, o SUMC deve integrar uma rede de referência articulada e atuar como apoio diferenciado a Serviços de Urgência Básicos, garantindo, sempre que necessário, o encaminhamento das situações que requerem um nível superior de diferenciação para os Serviços de Urgência Polivalentes (Diário da República [DR], 2014). Desta forma, o SUMC integra-se numa rede articulada de cuidados com outras ULS próximas e garante resposta a situações de maior complexidade clínica. Em conformidade com o aludido no ponto 6.5. do Despacho supracitado, o SUMC dispõe de uma Sala de Emergência (SE) assegurada por uma equipa multidisciplinar com formação especializada, capaz de garantir uma resposta imediata e qualificada à PSC e, integra ainda uma área destinada a cuidados intermédios que se denomina por Unidade de Internamento Diferenciado.

O SUMC é constituído por uma equipa de enfermagem responsável pelo funcionamento contínuo do serviço, assegurando a prestação de cuidados 24 horas por dia, em regime de *roulement*. Os enfermeiros estão distribuídos pelos turnos da seguinte maneira: 8 enfermeiros no turno da manhã e da tarde e 6 enfermeiros no turno da noite. Adicionalmente, todos os dias é ainda distribuído um enfermeiro para desempenhar funções no gabinete de informações (GI), função normalmente assumida por EE ou peritos. Semanalmente, a estes elementos acrescem ainda dois enfermeiros, nomeadamente o Enfermeiro Gestor (EG) do SUMC e o enfermeiro com funções de apoio à gestão.

A equipa de enfermagem integra 53 enfermeiros, dos quais 16 (30,18%) são EE e desempenham funções de coordenação, contudo, apenas 9 (16,98%) são detentores do título de EEEMCPSC. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, publicado a 25 de setembro, que estabelece a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, as Dotações Seguras (DS) preveem a adequação dos rácios enfermeiro-

utente com base no nível de qualificação e no perfil de competências do enfermeiro, bem como nas necessidades reais de cuidados da população. Este recomenda que 50% da equipa de enfermagem do SUMC seja composta por EEEMCPSC, em permanência 24h/dia, todavia tal não atende às recomendações e constata-se que apenas 16,98% da equipa é constituída por EEEMCPSC, tornando-se desafiante atingir índices de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, particularmente em contextos de elevada complexidade e instabilidade clínica. O regulamento recomenda ainda que 50% da equipa de enfermagem do SUMC detenha formação em SAV e que, preferencialmente, os postos de triagem, SE e as funções de coordenação de turno sejam asseguradas por EEEMCPSC (Regulamento n.º 743/2019). No contexto do SUMC, verifiquei que o EG procurava adequar a distribuição dos enfermeiros em conformidade com as recomendações supracitadas, assegurando a presença de EEEMCPSC ou, na sua ausência, de EE ou enfermeiros peritos.

No que respeita às DS, estas permitem estimar o número de enfermeiros necessários para assegurar todos os turnos de trabalho ao longo do ano, considerando a ponderação da casuística e a variabilidade do fluxo de afluência ao SUMC no decorrer do dia, semana ou mês (Regulamento n.º 743/2019). Esta constatação suscitou-me a reflexão crítica, ao evidenciar que a fórmula definida pelas DS pode revelar-se limitada, na medida em que não contempla a diferenciação inerente à prestação de cuidados de enfermagem especializados, subestimando as reais necessidades características da complexidade da PSC. Consequentemente, a aplicação da fórmula prevista para os serviços de urgência, poderá não refletir de forma ajustada os rácios enfermeiro-utente efetivamente adequados. Importa salientar que a evidência tem demonstrado que rácios de enfermagem adequados estão associados a menores desfechos adversos, nomeadamente à redução do tempo de internamento (Chau et al., 2025). Acresce ainda que a evidência científica recente aponta para a escassez de estudos longitudinais que permitam compreender, de forma mais robusta, a relação entre os rácios de enfermagem e o *outcome* da PSC, integrando os EE (Drennan et al., 2024).

O SUMC encontra-se organizado em diferentes áreas funcionais, incluindo dois gabinetes de triagem e uma SE que dispõe de duas unidades de prestação de cuidados para a abordagem à PSC emergente. Existem ainda áreas de prestação de cuidados organizadas por especialidade médica, designadamente: área da medicina, sala de observações da medicina, cirurgia, ortopedia e clínica geral. A localização do SUMC insere-se no piso - 1, sendo este numa área contígua ao bloco operatório garantindo o acesso imediato da PSC a cuidados cirúrgicos. Esta proximidade contribui para redução do tempo até à intervenção cirúrgica e para a diminuição da mortalidade associada à sépsis, assumindo particular relevância no *outcome* da PSC, nomeadamente em situações de trauma (Silver et al., 2024).

O SUMC dispõe de um circuito para a PSC, vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC), designado por Via Verde do AVC (VVAVC). Para tal, foi estruturado um protocolo interno orientado para a realização de fibrinólise por uma equipa interprofissional especializada, garantindo assim uma resposta imediata após a ativação deste circuito. Neste âmbito, importa salientar que, durante o transporte intra-hospitalar da PSC para a realização da tomografia axial computadorizada, é efetuada a sua pesagem sem que ocorram desvios no trajeto. Concretamente, a pesagem é realizada à porta do elevador que estabelece ligação entre ambos os serviços, permitindo o cálculo rigoroso da dosagem da terapêutica fibrinolítica a administrar, contribuindo para a otimização do tempo *door-to-needle*. Por sua vez, a redução deste tempo constitui um fator profissional controlável, revelando-se numa iniciativa orientada para a melhoria contínua da qualidade, ao contribuir para a prestação de cuidados seguros e eficazes com vista à obtenção de melhores resultados clínicos, nomeadamente através da redução das taxas de mortalidade por AVC (Man et al., 2023).

No SUMC, para cada área de especialidade médica está distribuído um enfermeiro ficando este responsável por assegurar a satisfação de todas as necessidades dos utentes presentes naquela área. Deste modo, a prestação de cuidados de enfermagem baseia-se no método de trabalho individual que permite uma abordagem centrada no utente na medida em que, o enfermeiro é responsável pela prestação da totalidade dos cuidados a um determinado utente (Silva et.al, 2021). Este método é particularmente relevante no contexto do SUMC, dada a complexidade dos cuidados e a necessidade de efetuar tomadas de decisão rápidas. Desta forma, promove a identificação precoce das necessidades da PSC, a definição de prioridades e a implementação e avaliação das intervenções instituídas (Parreira et al., 2021).

O EEEMCPSC reconhece a importância de fundamentar as suas intervenções atendendo às teorias de enfermagem sendo que estas, constituem os referenciais que orientam a prestação de cuidados da profissão (Rezayani, 2025). No SUMC, a teoria de enfermagem que mais se evidencia na prática clínica é a teoria de médio alcance desenvolvida por *Afaf Meleis*, a Teoria das Transições. Trata-se de uma teoria que visa identificar e compreender os processos de transição que ocorrem ao longo da vida e que são resultado de mudanças, no estado de saúde, nas relações e no ambiente (Meleis, 2010). No contexto do SUMC, a admissão da PSC constitui uma transição geralmente associada a uma fase de grande vulnerabilidade, desencadeada por acontecimentos marcantes como acidentes e diagnósticos inesperados, situações de risco de vida e até morte. Estes processos de transição, geralmente são vivenciados de forma intensa e por vezes abrupta, exigindo uma atuação do EEEMCPSC centrada nas necessidades da PSC e da sua família/cuidador com vista a facilitar a sua adaptação e a minimizar o impacto inerente à transição, conforme o perfil de competências do EEEMCPSC definido no Regulamento n.º 429/2018.

1.2. ESTÁGIO EM LOCAL DE OPÇÃO: CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR

A prestação de cuidados de saúde no contexto PH encontra-se organizada segundo uma estrutura designada por Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). De acordo com o Despacho n.º 3612/2025 (2025), o SIEM constitui um instrumento essencial para garantir uma resposta rápida, contínua e eficaz no PH. Em Portugal continental, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é responsável pela definição, organização e coordenação deste sistema, assegurando a prestação de cuidados a pessoas que sofreram acidentes, doença súbita e/ou grávidas (Decreto-Lei n.º 34/2012, 2012). Por conseguinte, o SIEM coordena todas as fases da atuação em urgência e emergência, envolvendo diversos intervenientes, designadamente, enfermeiros, médicos, Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) e técnicos do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) (SIEM, 2013).

No contexto PH, tive a oportunidade de conhecer e integrar os meios de emergência de Suporte Imediato de Vida (SIV) e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), inseridos numa ULS da região Centro do país, sendo que, de acordo com o Despacho n.º 5561/2014 (2014), os Serviços de Urgência Básica (SUB) devem dispor de uma ambulância SIV e os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica ou Polivalente devem integrar uma VMER. Neste enquadramento, o enfermeiro assume particular importância na prestação de cuidados de suporte imediato e avançado de vida, assegurando intervenções oportunas, seguras e de elevada qualidade, com impacto direto na sobrevivência e no bem-estar da PSC (Notarnicola et al., 2025).

A ambulância SIV é tripulada por um enfermeiro e um TEPH e está “(...) concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem como objetivos

a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida” (Despacho n.º 5561/2014, 2014 p. 11124). A equipa de enfermagem é constituída por sete enfermeiros, sendo que apenas dois (28,57%) são EEEMCPSC. De acordo com as recomendações das DS referentes à Emergência Extra-Hospitalar, a ambulância SIV deve integrar um enfermeiro com competência acrescida diferenciada em emergência PH (Regulamento n.º 743/2019, 2019), sendo que o EEEMCPSC assume particular relevância neste contexto, pela sua formação especializada, capacidade de pensamento crítico e de tomada de decisão, bem como pela sua capacidade de antecipar e detetar precocemente complicações em situações de elevada complexidade e instabilidade da PSC, à luz do perfil das competências específicas que lhe são esperadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No contexto da sua operacionalidade, a ambulância SIV encontra-se em funcionamento 24 horas por dia. Em 2024, a SIV registou uma casuística de 853 acionamentos, dos quais 51% requereram transporte acompanhado por enfermeiro (INEM, 2025) (Anexo I).

A ambulância SIV está equipada com diversos equipamentos e materiais clínicos, incluindo duas malas para a abordagem da PSC: a mala de abordagem à PSC e a mala de trauma, ambas apresentam uma organização estruturada através de divisórias e bolsas que acondicionam os diferentes “kits” de abordagem. Na sua carga dispõe de uma maca, cadeira de transporte, manta de transferência de lona, duas garrafas de oxigénio de 3L e duas de 20L, debitómetro, monitor-desfibrilhador (LIFEPAK®, modelo 15) com sensor de capnografia, que permite o envio do Eletrocardiograma de 12 Derivações (ECG12D) e de sinais vitais diretamente para o CODU, ventilador portátil, sistema de vácuo portátil, seringa perfusora, frigorífico, aquecedor, kit de triagem multivítimas, kit de partos e sacos de cadáver. Para a abordagem à PSC vítima de trauma, integra ainda plano duro, colete de extração, maca pluma e de vácuo, aranha para adultos e pediátrica, e material de imobilização, como estabilizadores de cabeça, colares cervicais, cinta pélvica e talas. No que concerne ao transporte, certifica-se ainda a segurança da PSC em idade pediátrica através do retentor pediátrico.

A VMER é tripulada por uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, destinada à rápida deslocação ao local onde se encontra a PSC, sendo que este meio de emergência médica tem como objetivo “(...) a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida” (Despacho n.º 5561/2014, 2014 p. 11124). No local de estágio, a VMER é constituída por uma equipa de 12 enfermeiros, dos quais 6 (50%) são EEEMCPSC sendo que, atendendo às recomendações das DS supracitadas, esta percentagem não garante, de forma efetiva, a presença de um EEEMCPSC por turno, havendo períodos em que esta diferenciação não se encontra assegurada constituindo assim, uma limitação da capacidade de resposta à PSC. Desta forma, estudos demonstram que “(...) cuidados prestados por enfermeiros especialistas ajudam a reduzir taxas de mortalidade” e promovem “(...) melhores resultados em saúde (...)” (OE, 2018, pp. 31-32). Neste meio, o enfermeiro coordenador é também EEEMCPSC e assume a responsabilidade de supervisão da equipa, gestão da base, viatura, equipamentos e consumíveis.

O Regulamento n.º 743/2019, na alínea B.15, relativa ao Transporte Inter-Hospitalar de Doentes Críticos, especifica que o transporte interhospitalar da PSC, frequentemente nos meios SIV e VMER, deve ser assegurado por “(...) enfermeiro especialista em EMC, preferencialmente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” (OE, 2019, p. 147). No ano de 2024, a VMER registou uma casuística de 1867 acionamentos, correspondendo a uma média diária de seis a sete saídas, das quais cerca de 43% requereram acompanhamento pelo enfermeiro (INEM, 2025).

A VMER apresenta uma estrutura organizacional adaptada ao reduzido espaço físico, garantindo a acessibilidade e operacionalidade dos equipamentos e materiais necessários à atuação em contexto de emergência. Desta forma, a bagageira integra malas: de via aérea, médica, trauma e de reserva, monitor-desfibrilhador (*LIFEPAK®*, modelo 15) com sensor de capnografia, compressor torácico mecânico (*LUCAS®* 3), ventilador portátil, vídeo laringoscópio, garrafa de oxigénio de 3L, colete de extração, *kit Simple Triage and Rapid Treatment* (START) e um *kit* de parto súbito. No compartimento lateral, encontram-se o frigorífico, estufa, equipamento de aspiração de secreções, seringa infusora e capacetes de proteção individual.

A organização destes meios de emergência PH enquadra-se num modelo de resposta que, à semelhança de outros países europeus, baseia-se no sistema franco-germânico “*Stay and Play*”. No entanto, a evidência demonstra que em Portugal, procura-se integrar os dois sistemas, promovendo, por um lado, a prestação de cuidados de saúde diferenciados no local da ocorrência e, simultaneamente, uma abordagem e intervenção breves, características do sistema anglo-saxónico “*Scoop and Run*”. Esta abordagem híbrida procura otimizar a resposta PH, adequando-se à realidade da ocorrência e aos recursos disponíveis, à luz também daquela que é a referência da *golden hour* (Coimbra, 2021).

As comunicações no contexto de emergência PH são efetuadas através de três formatos distintos: telemóvel, INEM *Tool for Emergency Alert Medical System* (*iTeams*) e Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança em Portugal (SIRESP). A ativação dos meios é feita através destas três vias em simultâneo sendo que, o telemóvel permite apenas a receção de informações relativas ao local e ao tipo de ocorrência. Após a ativação, o telemóvel possibilita o contato com o CODU, permitindo a transmissão de informações adicionais e mais específicas sobre a ocorrência. O *iTeams* constitui uma ferramenta informática essencial à comunicação em emergência PH, uma vez que permite o acesso aos dados da ocorrência, do utente e do fluxo da triagem. Este permite também efetuar o registo de dados clínicos do utente, o envio do ECG12D diretamente para o CODU e efetuar a passagem de dados, entre outras funcionalidades que facilitam e otimizam a articulação da comunicação com o CODU (Coimbra, 2021). Paralelamente, o SIRESP é a rede rádio que assegura as comunicações entre as diversas entidades da Proteção Civil (PC) e o CODU, permitindo a intercomunicação e a interoperabilidade entre os diferentes meios (INEM, 2024). O SIRESP permite a transmissão de mensagens codificadas de *status*, que correspondem à situação operacional do meio de emergência, como por exemplo, ao premir a tecla “3” é enviado ao CODU o *status* de “a caminho do local”. Estes códigos, que variam entre as teclas “0” e “9”, ficam automaticamente registados na cronologia da ocorrência no *iTeams*, permitindo ao CODU um acompanhamento preciso da ocorrência (Coimbra, 2021; INEM, 2024).

No decorrer deste estágio, tornou-se evidente que, apesar do enfermeiro constituir o elemento comum da equipa interprofissional dos meios SIV e VMER, a sua atuação apresenta algumas diferenças. Na ambulância SIV, o enfermeiro assume o papel de *teamleader*, orientando a sua prática com base em protocolos definidos pelo INEM (Coimbra, 2021) promovendo assim, uma abordagem padronizada e coerente entre as equipas de SIV. Em contrapartida, na VMER não existem protocolos que assegurem uma prática uniformizada, sendo a intervenção do enfermeiro frequentemente determinada pelo médico. Atendendo às diferentes características pessoais e profissionais de cada médico da equipa da VMER, observei heterogeneidade nas condutas de abordagem adotadas, mesmo perante situações clínicas semelhantes. Neste contexto, verifiquei que a confiança mútua e o *know-how* do enfermeiro da VMER assumem um papel crucial para garantir uma intervenção segura, eficaz e em equipa.

1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Uma UCI caracteriza-se pela prestação de cuidados de enfermagem altamente complexos, nos quais a articulação entre as necessidades da PSC, a imprevisibilidade do seu estado hemodinâmico e a vasta tecnologia existente, intensifica a exigência sobre os enfermeiros, tornando a sua prática distintamente mais complexa quando comparada a outros contextos de prestação de cuidados de saúde (Carrasco et al., 2025). Segundo o Parecer n.º 15/2018 emitido pela OE (2018), as UCI assumem o compromisso pelo cuidado integral da PSC admitida na instituição, independentemente do serviço onde esta se encontre. Esta responsabilidade abrange assim a SE, integrada no SUMC, as unidades intermédias e os serviços de internamento, através da intervenção da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI).

Neste enquadramento, o estágio decorreu numa UCI de uma ULS da região centro de Portugal destinada à prestação de cuidados de saúde à PSC, classificada como nível III. A UCI encontra-se organizada em duas áreas distintas de prestação de cuidados sendo que, a área principal integra 10 unidades totalmente equipadas para o cuidado à PSC. A segunda área, denominada por área dos “neurocríticos”, dispõe de mais 3 unidades, sendo geralmente utilizada para o internamento de pessoas em fase de pós-operatório, também classificadas como nível III. A área principal apresenta uma configuração em *open space* e o balcão de enfermagem encontra-se equipado com uma central de monitorização que permite a vigilância contínua e a antecipação de focos de instabilidade da PSC, nomeadamente através da monitorização de parâmetros como a tensão arterial invasiva e não invasiva, Frequência Cardíaca, ritmo cardíaco, Frequência Respiratória, temperatura e Saturação Periférica de Oxigénio. Esta área integra no seu espaço comum 6 unidades e inclui 4 quartos individuais. Destes, dois encontram-se equipados com uma antecâmara, permitindo o controlo da pressão atmosférica no interior da unidade, com possibilidade de manutenção de pressão positiva ou negativa. Estes quartos são preferencialmente utilizados para isolamento, quer em situações de suspeita ou confirmação de infeção ou colonização por microrganismos, em conformidade com as Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI), quer em contexto de isolamento protetor, particularmente em pessoas imunodeprimidas.

As unidades destinadas à prestação de cuidados à PSC apresentam uma organização estrutural padronizada e dispõem dos mesmos equipamentos, o que permite otimizar a eficiência da equipa, a qualidade da prestação de cuidados e, conseqüentemente, a segurança da PSC, particularmente neste contexto de elevada complexidade e instabilidade da PSC (Wijaya et al., 2024). Por conseguinte, cada unidade contém um armário com material consumível e integra à cabeceira, do seu lado esquerdo, um monitor multiparamétrico, um ventilador e material necessário para Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), sistema de aspiração e respetivo material e também um cuffómetro. No lado direito encontra-se um módulo de bombas e seringas infusoras, rampa de oxigénio e de ar comprimido, sistema de Linha Arterial (LA) e uma bomba de alimentação entérica.

A UCI dispõe ainda de diversos equipamentos, nomeadamente para realização de Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR), para Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) e *SedLine®* para monitorização da atividade cerebral, permitindo um ajuste mais preciso da sedoanalgesia. Disponibiliza também material previamente preparado em *kits* para abordagem de Via Aérea (VA) avançada e/ou difícil, um broncofibroscópio, um ecógrafo, equipamento para tosse assistida e um equipamento para realização de gasometrias. A UCI integra ainda um carro de emergência com desfibrilhador por área e, dispõe de um monitor e mala de transporte intra ou interhospitalar da PSC, entre outros recursos essenciais à prestação de cuidados de saúde diferenciados.

A equipa de enfermagem da UCI assegura a continuidade de cuidados 24 horas por dia, através de um modelo de organização de trabalho por turnos em regime de *roulement*. No turno da manhã, a equipa é habitualmente constituída por 7 enfermeiros, incluindo a EG, 1 EE ou enfermeiro perito, responsável pela coordenação do turno e que, por norma, não presta cuidados diretos à PSC, e 5 enfermeiros afetos à prestação direta de cuidados. Nos turnos da tarde e da noite, a equipa integra geralmente 5 enfermeiros, sendo que um dos elementos, igualmente EE ou enfermeiro perito, acumula funções de coordenação com a prestação direta de cuidados. Acresce que, em todos os turnos, um dos enfermeiros da prestação de cuidados integra a EEMI sempre que acionada, implicando a sua ausência temporária da UCI e, consequente impacto na dotação disponível para a prestação de cuidados.

A atribuição de funções de coordenação de turno na UCI encontra-se alinhada com o enquadramento normativo da OE, uma vez que, de acordo com o Parecer Conjunto N.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, esta responsabilidade compete preferencialmente a um EE, “(...) enquanto profissional melhor preparado e com competências para a área de gestão” (OE, 2017, p. 2). Este Parecer encontra-se em consonância com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da gestão de cuidados, que define que o EE “gere os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a equipa de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (2019), as DS preconizam a adequação dos rácios enfermeiro/cliente, considerando a tipologia da UCI e as necessidades clínicas da PSC. Desta forma, considerando que a UCI do local de estágio é classificada de nível III, as DS recomendam um rácio de 1 enfermeiro por 1 cliente (1:1). Contudo, o rácio que se verifica na unidade é de 1:2, o que, segundo a evidência científica, reflete-se no aumento da carga de trabalho por enfermeiro, insatisfação profissional, incidentes relacionados com a segurança da PSC, aumento de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e aumento da mortalidade (Elmdni, 2025). Adicionalmente, rácios adequados promovem maior agilidade nas intervenções avançadas e uma prevenção mais eficaz de complicações, fatores determinantes para melhorar a taxa de sobrevivência da PSC internada em UCI (Ernest et al., 2024).

A equipa de enfermagem da UCI é constituída por 38 enfermeiros, dos quais 14 (36,8%) são EE, dos quais apenas 11 (28,9%) são EEEMCPSC. De acordo com as DS, recomenda-se que a constituição das equipas de enfermagem seja, preferencialmente, composta por 50% de EEEMCPSC, devendo ainda esta orientação refletir-se igualmente na composição da equipa em cada turno (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Desta forma, constata-se que a proporção de EEEMCPSC na unidade encontra-se abaixo do recomendado pelas DS, verificando-se um défice de 8 (21,1%) enfermeiros nesta área de especialidade, o que implica consequências relevantes para a prática de cuidados de saúde especializados. De facto, a evidência científica reflete o impacto das competências avançadas do EEEMCPSC no que respeita à avaliação clínica, à tomada de decisão, à gestão de processos complexos, aos *outcomes* e aos custos de internamento. Neste sentido, a sua permanência reduzida na UCI compromete a qualidade e a segurança da prestação de cuidados à PSC (Pour et al., 2024).

Na UCI, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC baseia-se, essencialmente, no método de trabalho individual, traduzindo-se na atribuição da responsabilidade integral por um grupo de utentes a um enfermeiro (Gonçalves et al., 2023). No entanto, atendendo à elevada complexidade clínica da PSC, verifica-se uma forte colaboração e interajuda entre os elementos da equipa de enfermagem, particularmente em situações que

implicam a sua ausência temporária da unidade, nomeadamente, se ativação da EEMI ou acompanhamento da PSC para a realização de exames complementares de diagnóstico.

Na UCI, os cuidados de enfermagem podem ser sustentados por diferentes referenciais teóricos, sendo o foco da intervenção adaptado às necessidades e situação específica de cada PSC, família e/ou cuidador. Neste sentido, a identificação destas necessidades permite ao enfermeiro estabelecer diagnósticos de enfermagem e, consequentemente, selecionar o referencial teórico mais adequado para fundamentar a sua tomada de decisão (Marques et al., 2024). Desta forma, o estágio permitiu articular diferentes referenciais teóricos, destacando-se a Teoria do Autocuidado de *Dorothea Orem*, a Teoria da Adaptação de *Callista Roy* e teorias de médio alcance, como a Teoria das Transições de *Afaf Meleis* e a Teoria do Conforto de *Katharine Kolcaba*. A Teoria do Autocuidado foi aplicada com o objetivo de promover a participação progressiva da PSC nos diferentes autocuidados, procurando diminuir o défice existente. A Teoria da Adaptação de *Callista Roy* orientou as intervenções para a promoção de respostas adaptativas face aos processos complexos de doença e ao ambiente altamente tecnológico, destacando-se a adaptação da PSC à VMI e a responsabilidade do enfermeiro em reconhecer mecanismos adaptativos comprometidos e antecipar potenciais alterações hemodinâmicas associadas (Cipriano, 2022). A Teoria das Transições revelou-se pertinente desde a admissão, enquanto transição marcada por elevada vulnerabilidade, na qual o EEEMCPSC assume um papel central na mitigação do impacto negativo, considerando as dimensões físicas, psicológicas e familiares envolvidas (Ghorbanzadeh et al., 2022). A Teoria do Conforto de *Kolcaba*, orientou intervenções dirigidas ao alívio da dor e à promoção do conforto físico, psicológico, ambiental e espiritual. Esta abordagem encontra-se em consonância com evidência científica atualizada, que demonstra melhorias no conforto na PSC internada em UCI quando a prestação de cuidados é estruturada com base neste referencial (Kaplan & Ozakgul, 2025).

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE detém conhecimentos e competências avançadas em enfermagem que lhe permite tomar decisões complexas e adotar uma abordagem influente na prestação de cuidados, com impacto ao nível das organizações de saúde (*International Council of Nurses [ICN], 2020*). Neste enquadramento, o Regulamento n.º 140/2019 (2019), que define as Competências Comuns do EE, pressupõe que este deve partilhar um conjunto de competências que transcendem a sua área de especialidade e que evidenciam a sua capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, bem como a produção de investigação científica relevante, contribuindo para a evolução e melhoria contínua da prática do exercício de enfermagem.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE assume um papel diferenciador na prática profissional estando capacitado para mobilizar conhecimentos e competências que sustentam a tomada de decisão, a gestão dos cuidados e a melhoria contínua da qualidade, nos diversos contextos de intervenção perante a PSC e a sua família/cuidador. Neste enquadramento, as competências comuns do EE integram quatro domínios: da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, que orienta a prática clínica à luz dos princípios deontológicos; da Melhoria Contínua da Qualidade, centrada na segurança e excelência da prestação de cuidados; da Gestão dos Cuidados, que diz respeito à coordenação e otimização dos recursos; e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, que sustenta a evolução contínua do conhecimento e da prática (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O EE *“desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745). Neste sentido, o desenvolvimento desta competência foi orientado pelos referenciais normativos que regulam a profissão de enfermagem, nomeadamente o Código Deontológico (CD) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) procurando, em todos os contextos de estágio, sustentar a minha atuação pelos princípios bioéticos. Estes revelaram-se determinantes para assegurar uma prática ética, responsável e consciente do impacto que a atuação profissional pode refletir na saúde e bem-estar da PSC e da sua família/cuidador.

O direito à privacidade, consagrado no Artigo 107º, do Respeito pela Intimidade do CD (OE, 2015a), que confere ao enfermeiro o dever de respeitar e proteger a intimidade e privacidade do utente, família e/ou cuidador, constituiu um eixo transversal da minha prática clínica nos diferentes contextos de estágio. No entanto, a sua salvaguarda revelou-se, por vezes, desafiante, particularmente no contexto do PH e do SUMC. No PH, a necessidade frequente de realizar abordagens em espaços públicos ou familiares representa um desafio constante para a preservação da privacidade da PSC. Neste sentido, a evidência demonstra que o desrespeito à privacidade constitui um problema ético que pode interferir na capacidade de tomada de decisão dos enfermeiros (Oliveira et al., 2025) sendo que, durante a prática clínica, identifiquei algumas situações que permitiram refletir sobre o desenvolvimento desta competência.

A prestação de cuidados em ambientes imprevisíveis, em particular no contexto PH, evidenciou a necessidade de antecipação e adoção de estratégias para garantir o respeito pelos direitos da PSC, mesmo em emergências. Neste sentido, perante uma ativação para uma utente com Alteração do Estado de Consciência (AEC) no Santuário de Fátima, senti a necessidade de iniciar um exercício de *pré-briefing* com a equipa da VMER durante o trajeto, com o objetivo de antecipar e planear estratégias para assegurar a sua privacidade naquele local específico, considerando a presença previsível de milhares de pessoas no local e, que o fluxograma desta ativação preconiza a realização de um ECG12D. Desta forma, procurei refletir sobre a abordagem mais adequada a adotar, uma vez que seria necessária a exposição do tórax e, em equipa, delineámos algumas estratégias para assegurar o respeito pela intimidade, que incluíam a colaboração dos vigilantes do Santuário para criar um cordão de segurança e afastar a multidão; a solicitação de bombeiros, se presentes, para utilizar um lençol e proteger a intimidade da utente durante a nossa abordagem; ou, se possível e mais viável, transportar a utente para uma ambulância. Numa outra ocorrência, durante um *rendez-vous* com uma equipa SIV deparei-me com a responsabilidade de proteger a intimidade de uma PSC com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) grave e traumatismo torácico. No interior da ambulância, constatei a presença de terceiros a observar o cenário e questionei rapidamente a equipa sobre a possibilidade de fechar a porta, recebendo um *feedback* positivo, reconhecendo a importância de garantir a privacidade daquele utente, que se encontrava em tronco nu e prestes a ser submetido a uma VA definitiva. Esta situação evidenciou o desafio de conciliar o caos inerente às intervenções de *life-saving* com o respeito pelos princípios éticos, levando-me a refletir e a questionar-me sobre qual seria o impacto “*se fosse um familiar meu naquela exposição?*”. Paralelamente, no contexto do SUMC, a prestação de cuidados perante os constrangimentos físicos e a sobrelotação constante colocou desafios excecionais à garantia da privacidade, exigindo a adoção de estratégias como a utilização das cortinas separadoras nas áreas dos cuidados sendo que, para os utentes que estavam alocados ao corredor priorizei a sua deslocação para uma sala mais reservada, destinada a cuidados que envolvem maior exposição corporal como os momentos de higiene e procedimentos invasivos de enfermagem, respeitando assim o seu direito à privacidade. As situações descritas permitiram-me refletir que, independentemente do contexto clínico ou da gravidade, a atuação técnica não pode ser dissociada da responsabilidade profissional, ética e legal. Por conseguinte, enquanto futura EE, com uma conduta ética regulamentada, não posso descuidar a privacidade, intimidade, dignidade e os direitos dos utentes que estão salvaguardados no CD, exercendo assim o Artigo 107º do mesmo e o Artigo 8º do REPE que declara ainda que o enfermeiro no seu exercício deverá adotar “*(...) uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses (...) dos cidadãos*” (REPE, 1996, p. 4).

No âmbito do sigilo profissional, a transição dos cuidados revelou-se igualmente desafiante, particularmente no contexto do SUMC e na UCI, evidenciando a sua relação direta com o direito à privacidade, conforme estabelecido na Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015b). Neste sentido, o Artigo 106º, do Dever de Sigilo, determina que o enfermeiro assume o dever de “*partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico*” (CD, 2015a, p.8079).

No contexto do SUMC, a transição dos cuidados é realizada através do método do *nursing bedside handover*, cuja aplicação, numa ótica de futura EE, levanta implicações éticas que merecem reflexão, nomeadamente no que respeita ao sigilo profissional, bem como à salvaguarda da intimidade e privacidade. Apesar deste método promover a inclusão do utente na transição dos cuidados e de facilitar a interação entre utente-enfermeiro (Anshasi & Almayasi, 2024), é crucial garantir que este momento decorra de forma a salvaguardar a confidencialidade da informação partilhada e a proteção da intimidade da PSC. Tal exige do EE, um juízo ético

que permita articular os benefícios deste método com os princípios deontológicos da profissão. Neste sentido, a evidência científica recente, demonstra que os próprios utentes expressam preocupação relativamente à exposição de informação privada, particularmente em ambientes como corredores (Ghosh et al., 2025). Paralelamente, na UCI, a transição de cuidados é realizada numa área *open space*, o que configura desafios acrescidos, particularmente devido à presença de terceiros e também da PSC que não se encontra sob sedoanalgesia e, portanto, com capacidade de compreender a informação partilhada. Esta realidade reforça a necessidade de maior consciencialização dos enfermeiros para a adoção de estratégias que minimizem o risco de exposição e de violação do sigilo profissional. Desta forma, realço a importância de uma atuação ética e reflexiva e, por conseguinte, apliquei estratégias como a adoção de um tom de voz baixo e sereno, uma postura tranquila, o uso das cortinas separadoras sempre que disponíveis e a transmissão exclusiva da informação relevante para a continuidade dos cuidados. Numa perspetiva de futura EE, importa assegurar que a transição dos cuidados decorra em condições que garantam a confidencialidade, privilegiando-se, assim, espaços apropriados e seguros que salvaguardem o dever de sigilo profissional.

No que respeita, ainda, ao Dever do Sigilo, no SUMC, emergiu também uma reflexão sobre o contexto de trabalho do enfermeiro no GI, sendo que este posto revelou-se particularmente delicado, na medida em que implica o fornecimento de informação confidencial a familiares e/ou cuidadores ou até a terceiros. A Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015b, p. 79) reitera que *“Partilhar a informação é dividir com alguém algo que não é nosso (...) e não é privilégio, mas responsabilidade do profissional.”* Neste contexto, ocorreu-me a seguinte questão ética: *“Poderei eu fornecer informações pessoais do utente, sem que este me forneça o seu consentimento informado para tal?”*. Esta problemática assume particular relevância em situações em que a PSC não apresenta capacidade para consentir, configurando um dilema ético que exige reflexão sobre o dever de confidencialidade e o respeito ao consentimento informado, em articulação com a necessidade legítima de comunicação, especialmente com a família. Neste sentido, a Deontologia Profissional de Enfermagem refere que quando o utente não tem capacidade de decidir, *“deve ser considerado o seu melhor interesse (...) e os seus direitos”* (OE, 2015b, p.80). Importa referir que, neste contexto, o SUMC desenvolveu um protocolo interno, denominado *“Enfermeiro Facilitador da Comunicação”*, para uniformizar os procedimentos no GI. Contudo, este instrumento centra-se maioritariamente no direito à partilha de informação com a família, o cuidador ou o representante legal, revelando lacunas no que diz respeito à gestão de situações em que a PSC não tem capacidade para prestar o seu consentimento. Adicionalmente, não clarifica aspetos como a delimitação do número de familiares ou terceiros a quem a informação pode ser transmitida, nem a definição de um elemento de referência que se assuma como elo entre o SUMC e a família e/ou o cuidador. Desta forma, considero que a revisão deste protocolo poderia contribuir para uma maior salvaguarda da confidencialidade e para a proteção legal do enfermeiro envolvido na partilha de informações.

O Artigo 105º, do Dever de Informação, do CD determina que o enfermeiro assume o dever de *“respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”* (OE, 2015a, p. 8079). Neste sentido, o princípio bioético da autonomia foi central para a minha prestação de cuidados em diferentes contextos de estágio, sustentando a necessidade de obter o consentimento informado para a realização de intervenções de enfermagem. Desta forma, procurei, sempre que possível, fornecer a informação clínica devida e questionar os utentes quanto à sua concordância, promovendo a manifestação verbal do consentimento informado, livre e esclarecido. Contudo, em situações de emergência, a prestação de cuidados à PSC nem sempre permite obter o consentimento informado. Nestas circunstâncias, o consentimento presumido

assume-se como medida eticamente justificada, permitindo garantir uma abordagem célere e orientada à proteção da integridade dos direitos humanos.

Enquanto futura EE, a minha prática clínica privilegia o respeito pela vontade e autonomia da PSC, garantindo, sempre que a sua condição o permita, uma explicação clara e adequada sobre os procedimentos e cuidados a prestar. Não obstante, no contexto da UCI, a PSC encontra-se frequentemente sob sedação e/ou com AEC, o que compromete a capacidade de compreender a informação, refletir e tomar uma decisão autónoma, inviabilizando a obtenção de um consentimento verdadeiramente informado, livre e esclarecido (Rigaud et al., 2023). Neste âmbito, a Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral de Saúde (DGS) atualizada em 2015, preconiza a aplicação do consentimento presumido quando as *“(...) circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado”* (DGS, 2013, p. 6). Adicionalmente, em emergências, o Artigo 8º da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, determina que *“Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa”* (DR, 2001, p.15). Paralelamente, no contexto PH, importa referir que o INEM, na Deliberação n.º 25/2012 reforça que, perante a impossibilidade de obter consentimento, impõe-se *“(...) o princípio ético do respeito pela pessoa humana que seja tomada uma resolução no seu interesse”* (INEM, 2012, p. 1) devendo os profissionais *“(...) intervir para prestar os tratamentos adequados e imprescindíveis para salvar a vida doente ou para evitar o agravamento do seu estado de saúde”* (INEM, 2012, p. 4) evidenciando assim que, também o PH, assume o consentimento presumido como um princípio orientador de uma prática eticamente fundamentada. Deste modo, considero que o desenvolvimento da minha prática clínica contribuiu para atingir as unidades de competência do EE, nomeadamente no que respeita a *“Promove a proteção dos direitos humanos”* e *“Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

A prestação de cuidados de saúde em contextos de emergência exige do EE e das equipas de saúde a capacidade de tomada de decisões complexas, frequentemente associadas a dilemas éticos que envolvem valores universais. Neste âmbito, no decorrer dos estágios, experienciei diferentes situações que exigiram a reflexão ética e uma tomada de decisão fundamentada. No contexto PH, destaco uma ativação para uma PSC de 45 anos, em Paragem Cardiorrespiratória (PCR) presenciada, que permaneceu cerca de 10 minutos sem Suporte Básico de Vida (SBV). A PSC esteve sob manobras de SAV durante 1 hora, inicialmente com ritmo desfibrilhável e, posteriormente, sem ritmos compatíveis com a desfibrilhação. Face à evolução clínica da situação, apesar da decisão final de suspensão de manobras ser de responsabilidade médica, esta foi discutida em equipa, permitindo ao enfermeiro contribuir ativamente com o seu conhecimento técnico-científico e experiência sendo que, do ponto de vista ético, a tomada de decisão do enfermeiro deve ser apropriada e devidamente justificada, tendo este a capacidade para fundamentar a sua decisão (Marques et al., 2024). Por conseguinte, esta situação evidenciou que o método de trabalho no contexto PH é baseado numa dinâmica colaborativa, que exige a simbiose e interdependência da equipa interprofissional (Myhr, et al., 2024), valorizando a perspetiva e a experiência dos seus elementos. Esta dinâmica encontra-se em consonância com a Deontologia Profissional, que estabelece que *“(...) deverá ser uma decisão consensual da equipa de saúde para que todos disponham do mesmo nível de informação”* (OE, 2015b, p. 185) alinhando-se com a competência do EE que *“participa na construção da tomada de decisão em equipa”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

No mesmo sentido, em contexto da UCI, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC confronta os enfermeiros com elevadas taxas de mortalidade, níveis significativos de *stress* e dilemas éticos complexos (Ananzeh & Miller, 2025), sobretudo no que diz respeito à ponderação entre a implementação de medidas invasivas indispensáveis à manutenção da vida e à estabilização hemodinâmica e, a definição de limites do esforço terapêutico. Neste âmbito, a tomada de decisão é frequentemente orientada para a suspensão de intervenções fúteis ou desproporcionadas, cujo benefício clínico não supera o ónus associado, reorientando assim os cuidados para a promoção do conforto e dignidade da pessoa humana (Bolaños et al., 2024).

No decurso dos estágios, vivenciei situações que me permitiram reconhecer a existência de ambientes facilitadores e promotores de uma tomada de decisão partilhada, centrada na PSC e na sua família/cuidador enquanto alvo dos cuidados, envolvendo maioritariamente, médicos e enfermeiros, enquanto equipa multidisciplinar. Neste sentido, destaco uma situação experienciada na UCI, relativa a uma PSC com um internamento prolongado, diagnosticada com o estado de mal epilético e com mau prognóstico. Após discussão multidisciplinar, na qual um médico intensivista procurou conhecer a minha perceção, bem como a da enfermeira orientadora, relativamente ao estado de saúde da utente, foi consensualizada a alteração de um modo ventilatório controlado para um modo espontâneo, culminando na posterior descontinuação do suporte ventilatório. Esta tomada de decisão partilhada resultou numa decisão conjunta, sustentada em critérios de proporcionalidade terapêutica e de benefício clínico, mitigando a obstinação terapêutica e assegurando a dignidade da PSC. Adicionalmente, em contextos de SAV e relativamente a tomadas de decisão sobre suspensão de manobras de reanimação, presenciei processos decisórios igualmente partilhados, fundamentados numa apreciação clínica integrada e orientados por princípios de adequação terapêutica e prognóstico, garantindo uma intervenção ética e humanizada. Deste modo, enquanto futura EE, estas experiências permitiram-me desenvolver a unidade de competência *“Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746), uma vez que participei ativamente em processos de tomada de decisão entre as equipas multidisciplinares.

No decorrer dos diferentes estágios, emergiu também a reflexão sobre a ausência de consulta às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) perante a PSC em PCR. Deste modo, no contexto PH, identifiquei esta limitação como um desafio ético e organizacional que condiciona a abordagem da equipa e o respeito pelos direitos e pela dignidade da PSC. Desta forma, a Portaria n.º 141/2018 legitima médicos e enfermeiros a aceder às DAV (DR, 2018), pelo que se sugere que o CODU antecipe a orientação da equipa no local, na medida em que, o conhecimento prévio dos desejos da pessoa permite a prestação de cuidados individualizados baseados no respeito pelos seus direitos (Rito et al., 2022). Por outro lado, na UCI, tive oportunidade de contactar com uma situação em que se encontravam formalizadas no Registo Nacional do Testamento Vital as DAV de uma PSC. Este documento expressava de forma explícita as suas preferências, nomeadamente a vontade de não permanecer dependente de VMI, o desejo de ser hidratado e o desejo de receber a visita do capelão, evidenciando, assim, a relevância do respeito pela autonomia, valores e crenças individuais, mesmo perante um contexto de situação crítica (Yamamoto, 2024). Esta experiência permitiu-me reconhecer a importância de integrar as preferências da PSC na minha prática clínica, em consonância com o presente domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no qual a competência do EE *“(…) assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A prática do EE deve garantir a segurança e qualidade dos cuidados, implicando um compromisso na procura da melhoria contínua, enquanto motor essencial para o avanço da Enfermagem. Neste sentido, a prestação de cuidados especializados implica a mobilização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PQCEEPSC), que se assumem como referenciais orientadores da atuação do EEEMCPSC. Estes definem os enunciados descritivos que permitem clarificar o papel do EE perante a PSC e/ou a família, promovendo a excelência e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2017). No decorrer dos estágios, desenvolvi competências no âmbito do presente domínio, através da análise crítica e reflexiva das práticas clínicas e institucionais, da identificação de fragilidades e da implementação de estratégias promotoras da segurança e da excelência na prestação de cuidados à PSC.

Nos diferentes contextos de estágio, foi possível identificar práticas orientadas para a promoção de uma cultura de segurança, nomeadamente através do desenvolvimento e da implementação de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade (PMCQ), protocolos, procedimentos internos e instruções de trabalho que, por sua vez, revelam uma preocupação estruturada com a segurança e a vigilância da PSC.

Nos contextos do SUMC e da UCI, destaca-se a adoção de estratégias direcionadas para a prevenção de acidentes e de IACS, como a utilização de dispositivos de punção venosa periférica com sistema anti-picada e a aplicação de pensos transparentes que permitem a vigilância contínua do local de inserção, o que permite atuar em consonância com o enunciado descritivo 4.7 da *“Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados”* dos PQCEEPSC (OE, 2017). Contudo, a par destas boas práticas, foram identificadas fragilidades com impacto direto na segurança da prestação dos cuidados, nomeadamente a ausência da dupla verificação da identidade do utente para a administração terapêutica e colheitas, frequentemente realizada apenas através do nome e da idade. Outra fragilidade, prende-se com a carente identificação da terapêutica preparada, constituindo um fator de risco para a ocorrência de erros na administração de terapêutica, nomeadamente pelo incumprimento do princípio dos “10 certos”. Desta forma, a evidência reforça que toda a terapêutica deve ser devidamente identificada, incluindo dados como o nome e data de nascimento do utente, nome do fármaco, dosagem, via de administração, horário e a identificação do profissional responsável pela preparação e administração (Mohammed et al., 2022), sendo da responsabilidade do enfermeiro assegurar a correta identificação do utente e da terapêutica, prevenindo erros e potenciais danos (Teixeira et al., 2024). Excetuando as situações de emergência, estas fragilidades poderão estar relacionadas à rotina estabelecida e à sobrecarga de trabalho. Por outro lado, no contexto da UCI, poderão relacionar-se com a perceção de familiaridade associada ao rácio enfermeiro-cliente, o que pode induzir práticas de facilitismo e conduzir a uma menor adesão a procedimentos imprescindíveis para a manutenção da segurança da PSC (Anik et al., 2025).

No contexto da UCI, identificam-se diversos PMCQ orientados para a implementação dos feixes de intervenção dirigidos à prevenção da pneumonia associada à intubação, à prevenção da infeção relacionada com o Cateter Vascular Central (CVC) e à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. Adicionalmente, encontram-se em vigor projetos no âmbito da morte encefálica e manutenção do potencial dador, compatibilidade/incompatibilidade de terapêutica em perfusão por CVC, isolamento da PSC, prevenção do risco de lesão ocular na PSC, supervisão clínica para integração de novos enfermeiros e estudantes e, implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em UCI. Por conseguinte, estes PMCQ respondem aos enunciados descritivos, na medida em que o EE atende à Satisfação do Cliente,

promove a Prevenção de Complicações, fomenta o Bem-estar e o Autocuidado, contribui para a Organização dos Cuidados de Enfermagem e atua na Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados (OE, 2017).

O Regulamento n.º 140/2019 estabelece que o EE *“garante um ambiente terapêutico e seguro”* (OE, 2019, p. 4747). No desenvolvimento deste domínio em contexto PH, verifiquei que a operacionalização da administração terapêutica apresenta particularidades. Na VMER, a prescrição terapêutica é realizada oralmente pelo médico da equipa, o que exige do enfermeiro um cuidado acrescido para garantir uma comunicação fechada e eficaz. Assim, verifiquei a repetição integral das prescrições pela enfermeira orientadora antes da sua administração, bem como a confirmação da sua execução. Esta estratégia permite aumentar a efetividade da comunicação e reduzir a ocorrência de erros em situações de emergência (Santana, 2020). De forma semelhante, na SIV, a prescrição médica é realizada pelo médico regulador do CODU e registada simultaneamente na plataforma *iTeams*, permitindo ao enfermeiro verificar e validar a compreensão da mesma. A utilização do *iTeams* para formalizar a prescrição contribui para a segurança na administração terapêutica, particularmente no contexto PH, caracterizado por imprevisibilidade e presença de fatores que dificultam a comunicação, como interrupções e ruído, condições físicas adversas, elevada quantidade de informação e o tempo limitado (INEM, 2023a).

No contexto intra-hospitalar, particularmente no estágio realizado no SUMC, o momento da transição dos cuidados constituiu um desafio para a concretização da competência supracitada, devido à frequência das interrupções e ao ruído presente nas áreas de cuidados, especialmente no corredor. Estas condições interferem negativamente na comunicação entre os enfermeiros, comprometendo a sua eficácia e potenciando a probabilidade de erro, com impacto na segurança dos utentes. A ausência de uma comunicação adequada na transição de cuidados implica riscos significativos a nível da segurança dos utentes, repercutindo-se também nos profissionais de saúde e nas instituições (Borges, 2021).

Neste enquadramento, o Plano Nacional de Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 contempla alguns princípios fundamentais para assegurar a segurança do utente, destacando-se o 3º pilar, relativo à comunicação, que visa *“melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados”* promovendo o *“desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde (...)”* (DR, 2021, p.100) e, o 5º pilar, que diz respeito às práticas seguras em ambientes seguros, que procura *“monitorizar a implementação de práticas seguras”* (DR, 2021, p. 102) no que respeita à segurança da medicação. Em consonância, a DGS (2017a) através da Norma n.º 001/2017, recomenda a utilização da ferramenta de padronização da comunicação ISBAR na transferência de informação, sendo que, no que diz respeito às situações de transição de cuidados em que a transmissão assume a forma oral, a norma reitera que este momento deve decorrer sem interrupções, garantindo a segurança do utente. Neste sentido, esta temática foi alvo de reflexão com a enfermeira supervisora do SUMC, com o objetivo de promover a implementação de uma prática de comunicação estruturada, baseada no ISBAR, pela equipa de enfermagem do serviço. Desta forma, procurei integrar esta metodologia na minha prática de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento da unidade de competência do EE: *“Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Relativamente à segurança na utilização de medicamentos, foi possível verificar que, nos três contextos de estágio, os armários da terapêutica, os carros de emergência e os ampolários apresentavam um elevado nível de organização e segurança, evidenciado pela correta identificação dos medicamentos LASA (*“Look Alike”* e

“*Sound Alike*”), dos medicamentos de alto risco e dos fármacos com diferentes dosagens, através do uso de sinalética específica como o sinal *stop*, triângulo de perigo e o semáforo de cores. Neste âmbito, a terapêutica encontra-se também organizada por ordem alfabética, com a exceção da adrenalina e da atropina, que se encontram em extremidades opostas, o que demonstra intencionalidade e a perceção dos riscos clínicos destes fármacos. Estas estratégias estão alinhadas com as práticas seguras de armazenamento definidas pela Norma n.º 014/2015 da DGS. A reflexão sobre estas práticas dá resposta ao cumprimento dos critérios de avaliação da competência do EE “*assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares*” e “*coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

No contexto da UCI, a segurança e a qualidade da prestação de cuidados encontram-se fortemente estruturadas por referenciais internacionais. A UCI onde decorreu o estágio encontra-se integrada numa instituição acreditada pela *Joint Commission International* (JCI), entidade de referência na acreditação de instituições de saúde, que estabelece padrões rigorosos no que diz respeito à promoção da segurança e da qualidade dos cuidados (JCI, 2024). Neste sentido, com base nos padrões definidos pela JCI, a instituição desenvolveu um Guia Prático para a Cultura da Qualidade e Segurança do Utente, no qual se definem metas internacionais, entre as quais se destacam: os “*Doentes Corretamente Identificados*” e a “*Melhoria da Segurança dos Medicamentos*” (ULS, s.d.). Por conseguinte, estas metas também estão alinhadas com a “*Cultura de Segurança*” e as “*Práticas Seguras em Ambientes Seguros*” preconizadas pelo PNSD 2021-2026 (DR, 2021).

Os registos de enfermagem assumem uma importância crucial, na medida em que refletem a qualidade dos cuidados prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria e reconhecer boas práticas. A evidência demonstra que os registos constituem a base para a construção de indicadores de saúde, bem como para a monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados (Marques, 2021). No que concerne ao PH, os registos das ocorrências são efetuados na plataforma do *iTeams*, acessível a bombeiros, TEPH, enfermeiros e médicos. Contudo, esta ferramenta carece de funcionalidade para realizar registos de enfermagem estruturados segundo a linguagem classificada CIPE, preconizada pelo ICN. Adicionalmente, na VMER, outra lacuna identificada prendeu-se ao facto dos registos no *iTeams* serem exclusivamente de responsabilidade médica, inexistindo um espaço próprio para a documentação de enfermagem. Consequentemente, as intervenções de enfermagem realizadas durante a abordagem aos utentes não ficam registadas, ao contrário do que se verifica na SIV, onde o enfermeiro documenta as suas intervenções e avaliações, ainda que sem recurso à linguagem CIPE. Enquanto futura EE, esta realidade suscitou-me uma análise crítica, na qual identifiquei que a ausência de registos de enfermagem inviabiliza a mensuração das práticas ou processos passíveis de melhoria contínua da qualidade. Esta limitação compromete a monitorização da prestação dos cuidados de enfermagem e, consequentemente, a construção de indicadores que apoiem a evolução da qualidade dos cuidados. Desta forma, esta prática não se encontra alinhada com os PQCEEPSC, nomeadamente no enunciado descritivo: A Organização dos Cuidados de Enfermagem, que preconiza a “*existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados (...) e “core” de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da PSC*” (OE, 2017, p. 15).

O EE “*mobiliza conhecimentos e habilidades, garantido a melhoria contínua da qualidade*”; “*planeia programas de melhoria contínua*” e “*lidera programas de melhoria contínua*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747). Numa perspetiva de futura EEEMCPSC, ao longo dos diferentes contextos de estágio,

identifiquei algumas lacunas que constituíram oportunidades para o desenvolvimento desta competência do EE, orientada para a melhoria contínua dos cuidados. Deste modo, no âmbito da enfermagem forense, verifiquei a inexistência de protocolos estruturados no SUMC, o que motivou a elaboração de uma proposta para a recolha e preservação de vestígios forenses para a SE do SUMC (Apêndice I). No contexto PH, através de uma partilha de ideias, com a enfermeira supervisora, sobre as problemáticas mais frequentemente experienciadas no contexto SIV, surgiu a oportunidade de desenvolver o tema “Profilaxia Antibiótica em Fraturas Expostas: Que Atuação do Enfermeiro no Pré-Hospitalar? O Que Diz a Evidência?”, que culminou na submissão de um resumo e de um poster nas III Jornadas de Enfermagem – Transporte Aéreo de Doentes, da Força Aérea Portuguesa (Apêndice II e III), cujo certificado apresento em Anexo II. Esta produção científica centrou-se na melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde no INEM, contribuindo para a otimização das intervenções do enfermeiro de SIV. Paralelamente, no contexto da UCI, verifiquei a não utilização de sensores de capnografia na PSC sob VMI, o que me levou a refletir sobre a relevância deste método de monitorização, considerando que a sua ausência compromete a vigilância e a deteção precoce de alterações ventilatórias (Assunção e Cunha, 2025). Neste sentido, desenvolvi uma Análise Crítico Reflexiva Baseada num Artigo (Apêndice IV), centrada nesta fragilidade identificada na UCI. Acresce que, no sentido de melhorar o meu conhecimento nesta área e de contribuir para uma prática baseada na evidência científica atual, frequentei ainda um *Nursebinar* intitulado de “Leitura e Interpretação de Capnografia”, cujo certificado é apresentado no Anexo III.

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O EE “*Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde*” e “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). Por conseguinte, o Parecer n.º 15/2018 da OE (2018), relativo às Funções do EE em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC), preconiza que o exercício de funções de gestão e de coordenação deve ser assegurado por enfermeiros detentores do título de EE EMC, os quais devem ser equitativamente distribuídos nos diferentes turnos de trabalho.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, particularmente no SUMC e na UCI, tive a oportunidade de perceber e participar nas dinâmicas inerentes ao domínio desta competência, nomeadamente através do acompanhamento das enfermeiras orientadoras no exercício das funções de coordenação de turno. Neste sentido, foi possível reconhecer a complexidade e exigência inerentes a esta função, evidenciando-se um conjunto alargado de responsabilidades, tais como: a identificação das necessidades e constrangimentos das áreas de prestação de cuidados, frequentemente sobrelotadas no SUMC, a gestão dos recursos humanos, a elaboração de distribuições semanais, a gestão de conflitos, o controlo e gestão dos estupefacientes, a verificação e reposição de *stock* de material clínico e fármacos, bem como efetuar pedidos de manutenção de equipamentos. Paralelamente, no contexto PH, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora da SIV, que por sua vez, assume funções de coordenação da base do meio, o que me permitiu aprofundar o conhecimento sobre as exigências inerentes à gestão neste contexto específico, destacando-se a responsabilidade da elaboração do horário mensal da equipa de enfermagem, que integra enfermeiros do INEM e do SUB, posteriormente validado pelo EG da delegação regional, entre outras funções de natureza organizacional e de gestão anteriormente citadas. Importa salientar que, nos contextos do SUMC e na UCI, identifiquei uma fragilidade relacionada com a acumulação de funções do enfermeiro coordenador. No SUMC,

o enfermeiro coordenador cumpre as suas responsabilidades com a prestação direta de cuidados, mantendo-se, simultaneamente, responsável por uma área de cuidados. De forma semelhante, na UCI o enfermeiro coordenador assume frequentemente um papel de entreajuda aos pares para a prestação de cuidados, visto que geralmente a sobrecarga de trabalho assim o exige. Neste âmbito, o Relatório *Investing in the Nursing Workforce for Health System Effectiveness*, evidencia que a escassez global de enfermeiros associada ao aumento das exigências inerentes à prestação de cuidados, contribui para a sobrecarga profissional, decorrente da junção de múltiplas responsabilidades. Esta sobrecarga traduz-se em níveis elevados de *stress* e *burnout*, comprometendo a capacidade de coordenação, a tomada de decisão e a liderança, com implicações na segurança e qualidade da prestação de cuidados, bem como na sustentabilidade dos ambientes de trabalho e no abandono da profissão de enfermagem (ICN, 2023).

No decorrer dos estágios, importa referir que a UCI proporcionou-me a oportunidade de acompanhar um turno do EG sendo, relevante destacar que este participa, habitualmente, no momento da transição de cuidados da equipa de enfermagem e integra, posteriormente, a reunião multidisciplinar diária com a equipa médica. Neste momento é realizada uma análise sistematizada da situação de saúde das PSC internadas, sendo discutidas e tomadas decisões terapêuticas. A evidência científica recente demonstra que as reuniões multidisciplinares em contexto de UCI estão associadas a melhores *outcomes* da PSC, à otimização dos custos e a uma comunicação mais eficaz entre a equipa interprofissional (Yumoto et al., 2024). Assim, o EG assume um papel central na articulação interprofissional, atuando como elo de ligação entre os diferentes profissionais e assegurando a atualização e a partilha de informação essencial à continuidade dos cuidados.

Adicionalmente, o turno com o EG permitiu-me observar o processo de elaboração do horário mensal da equipa de enfermagem, o que suscitou a reflexão sobre a adequação dos recursos humanos às necessidades reais da prestação de cuidados na UCI. Nos termos Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, compete a este profissional avaliar e propor os recursos humanos necessários à prestação de cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 101/2015, 2015). A análise das necessidades de cuidados e da carga de trabalho assume particular relevância na conciliação entre a qualidade dos cuidados, a otimização dos recursos e a sustentabilidade financeira das instituições de saúde (Sardo et al., 2023). Considerando que as DS atualmente praticadas na UCI não correspondem às recomendações previstas no Regulamento n.º 743/2019, importa destacar que o investimento no cumprimento dessas dotações, embora possa implicar um acréscimo orçamental a curto prazo, tende a traduzir-se numa redução de custos a longo prazo. Tal decorre da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, da prevenção de complicações, da redução do tempo de internamento e da diminuição das taxas de readmissão na unidade (Ernest et al., 2024). Neste enquadramento, destaca-se o *Nursing Activities Score* (NAS) enquanto instrumento de apoio à gestão dos recursos humanos que, embora não seja utilizado na UCI, constitui uma referência para a estimativa da carga de trabalho de enfermagem com base no tempo despendido nas intervenções autónomas e interdependentes, independentemente da gravidade clínica (Sardo et al., 2023). Por sua vez, o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) é uma das ferramentas internacionalmente mais utilizadas para a avaliação da carga de trabalho em contexto de UCI, centrando-se predominantemente na quantificação das intervenções terapêuticas e na gravidade do estado clínico da PSC (Komurcu et al., 2024). Ambos os instrumentos de apoio à gestão estão validados para a língua portuguesa. Contudo, a evidência científica demonstra que o TISS-28 representa apenas 43,3% do tempo inerente à prestação direta de cuidados, não contemplando de forma abrangente as intervenções indiretas de enfermagem, o que se traduz numa subavaliação da carga real de trabalho. Em contrapartida, o NAS abrange aproximadamente 80,8% das intervenções de enfermagem, o que revela maior sensibilidade na

avaliação da carga de trabalho efetiva. Desta forma, o NAS constitui um instrumento potencialmente mais adequado para apoiar a gestão e, consequentemente, contribuir para assegurar as DS neste contexto de elevada complexidade de cuidados (Komurcu et al., 2024).

A liderança constitui, atualmente, um requisito fundamental para a dinamização e sucesso das organizações (Marques et al., 2024). No que respeita a este domínio, o contato com os diferentes contextos de estágio revelou-se determinante para a compreensão da influência do estilo de liderança e das especificidades de cada líder na dinâmica da equipa de enfermagem. No contexto do SUMC, caracterizado por constante sobrelotação e elevada sobrecarga de trabalho, evidenciou-se a importância da adoção de um estilo de liderança capaz de promover a organização e a eficiência da equipa de enfermagem. Neste enquadramento, a enfermeira supervisora destacou-se pela adoção do estilo de liderança democrático, envolvendo os elementos da equipa na tomada de decisão e na resolução de problemas, promovendo um ambiente de trabalho pautado pela colaboração e interajuda, com impacto positivo na satisfação da equipa (Moura, 2020). No contexto PH, foi possível observar diferentes dinâmicas de liderança, uma vez que, na VMER a liderança é habitualmente assumida pelo médico, enquanto na SIV, o enfermeiro assume o papel de *team leader*. Por sua vez, na SIV, constatei que a enfermeira supervisora adotava igualmente um estilo de liderança democrático, caracterizado pela promoção da confiança, do respeito e do compromisso com o TEPH da equipa (Hanzel & Faveri, 2024). Adicionalmente, destacou-se a sua capacidade de gestão de problemas, promovendo a cooperação da equipa através de uma abordagem centrada no conceito *power with* e envolvendo os elementos da equipa nos processos de tomada de decisão. Esta postura contribuiu para a coesão da equipa, refletindo-se num ambiente de prestação de cuidados harmonioso e orientado para a qualidade dos cuidados prestados. Por fim, constatou-se que a adoção deste estilo de liderança é fundamental para o desenvolvimento da unidade de competência do EE *“adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

No sentido de compreender melhor a gestão da dinâmica de atuação de urgência e emergência PH, realizei um turno no CODU, no qual tive a oportunidade de conhecer o seu contexto organizacional e perceber o funcionamento dos postos de atendimento, acionamento e, sobretudo de passagem de dados. Recentemente, através do Despacho n.º 13562/2024, o enfermeiro passou a desempenhar funções no CODU sendo responsável pelo posto de passagem de dados onde executa *“o acompanhamento dos meios de emergência médica; o acompanhamento das vias verdes; o apoio na gestão dos pedidos de transporte secundário, bem como o seu acompanhamento”*, entre outras funções (DR, 2024, p. 1). Por conseguinte, a realização deste turno permitiu-me compreender também a operacionalização da unidade de competência *“otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748), através da observação das práticas desenvolvidas no posto de passagem de dados, pela minha enfermeira supervisora.

No contexto da SIV, as unidades de competência *“otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”* e *“supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748), também se materializaram através das reuniões e ações de formação dinamizadas pela enfermeira supervisora, enquanto elemento responsável pela auditoria do *iTeams*, com o objetivo de disponibilizar assessoria e promover a melhoria da informação na equipa. Esta intervenção visou a padronização e otimização da utilização do *iTeams*, encontrando-se esta prática alinhada com os PQCEEPSC, especificamente com o enunciado descritivo: A Organização dos Cuidados de Enfermagem, numa ótica de que o EE garante *“a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do*

desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada” e executa “a revisão de guias de boas práticas no domínio da PSC” (OE, 2017, p. 15).

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O EE *“desenvolve o autoconhecimento e assertividade” e “baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749) sendo, a profissão de enfermagem intrinsecamente marcada pela necessidade de investigação e atualização contínua do conhecimento. Neste sentido, o Artigo 97º do CD, o enfermeiro deve *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (...) adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (OE, 2015, p. 8078). O Artigo 100º do CD determina ainda que o enfermeiro deve *“assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos (...)”* (OE, 2015, p. 8079).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, o desenvolvimento do presente domínio das competências comuns do EE revelou-se progressivo e consistente, sustentado num processo contínuo de identificação de necessidades de aquisição, aprofundamento e consolidação de conhecimentos. Numa fase inicial, marcada pela minha experiência, ainda reduzida, na área da PSC, emergiram sentimentos de insegurança e limitações relacionadas com insuficientes conhecimentos teóricos e competências técnicas, particularmente evidentes na SE do SUMC. Perante estas limitações, a necessidade de compreender a casuística da SE conduziu à mobilização de diversas fontes de conhecimento, nomeadamente a consulta dos protocolos internos e de evidência científica, bem como a orientação da enfermeira supervisora e dos pares EE e peritos, sustentando a minha atuação enquanto futura EEEMCPSC. Destaca-se, neste âmbito, o desenvolvimento de novas aprendizagens profissionais para a abordagem da PSC com AVC isquémico agudo, nomeadamente a atuação do enfermeiro em SE perante a ativação de VVAVC e o tratamento através da fibrinólise. Para tal, foram consultados o protocolo interno do SUMC designado por *“Fibrinólise ao Doente com AVC Isquémico Agudo”*, a Norma n.º 015/2017 da DGS (2017b) relativa à VVAVC no adulto e as *guidelines* emanadas pela *American Stroke Association*. Paralelamente, desenvolvi outras aprendizagens relacionadas com a preparação da PSC para o transporte inter-hospitalar e com a importância do autocontrolo perante situações de elevada pressão e *stress*. Face à relevância da segurança do Transporte de Doentes Críticos, consultei também as recomendações recentemente atualizadas em 2023. Nesta temática, e atendendo à evolução das áreas de especialidade em enfermagem, a Ordem dos Médicos e a OE convergem, preconizando que o transporte interhospitalar deve ser preferencialmente assegurado por EEEMCPSC (Ordem dos Médicos, 2023; OE, 2024). Importa ainda destacar que enfermeiros com autocontrolo são capazes de reconhecer e gerir as suas emoções negativas, mantendo a racionalidade na tomada de decisão. Esta capacidade promove a resiliência, reduz situações de *burnout* e promove uma resposta eficaz, ainda que em ambientes caóticos como a SE (Shahmari et al., 2025). No contexto PH, foi desenvolvido um percurso de aprendizagem baseado na análise da casuística dos meios SIV e VMER. Nestes, destaco as estratégias de *briefing* como método promotor da capacidade de reflexão, permitindo antecipar possíveis cenários de ativação e, posteriormente, analisar a ocorrência e as intervenções realizadas, contribuindo, assim, para o desenvolvimento e a consolidação de conhecimentos (Faria, 2024). Neste contexto, saliento ainda uma breve análise das mais recentes *guidelines* europeias de ressuscitação, emanadas em outubro de 2025 pela *European Resuscitation Council* (ERC). O contexto da UCI constituiu o mais desafiante, na medida em que este período de estágio foi marcado por insegurança e falta de confiança, decorrentes do elevado nível de responsabilidade, imprevisibilidade e intensidade que caracterizam a prestação de cuidados de enfermagem neste contexto. Face a estas exigências, procurei ultrapassar tais dificuldades através do aproveitamento sistemático das oportunidades de aprendizagem e da

reflexão sobre e para a ação, o que, por sua vez, me auxiliou a identificar lacunas no meu conhecimento e a mobilizar a evidência científica atual disponível para as colmatar, fazendo-me sentir mais preparada e competente para a abordagem à PSC (Sherwood, 2024).

Neste enquadramento, a elaboração dos Projetos de Aprendizagem para os diferentes estágios, constitui ainda um eixo estruturante neste percurso formativo, permitindo identificar, de forma sistematizada, áreas prioritárias de desenvolvimento e orientar a aquisição de novos conhecimentos técnico-científicos. Paralelamente, promove o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade para a resolução de problemas em contextos clínicos (Pascon & Peres, 2024).

A prática de cuidados à PSC sustentada na evidência científica contribui para melhores *outcomes* em saúde e maior segurança para a PSC e/ou família, promovendo simultaneamente maior autonomia e confiança na tomada de decisão por parte dos enfermeiros (Sabane et al., 2022). Desta forma, o percurso desenvolvido demonstra a integração da evidência científica na prática clínica, traduzindo-se numa abordagem mais segura, crítica e fundamentada numa ótica de futura EE, em consonância com a unidade de competência “*Suporta a prática clínica em evidência científica*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

A aquisição de competências avançadas em enfermagem constitui um processo evolutivo, que se desenvolve progressivamente e em consonância com o nível de experiência e competência previamente alcançada pelo aprendiz (Benner, 2004). De facto, ao longo dos estágios, foi possível observar a transição de uma fase inicial caracterizada por maior dependência e insegurança para uma abordagem progressivamente mais autónoma, assertiva e fundamentada. O contexto do SUMC revelou-se determinante para alavancar o desenvolvimento do sentimento de autoconfiança e de segurança, a assertividade na tomada de decisão e a melhoria da comunicação interpessoal. Por sua vez, os contextos do PH e da UCI, foram imprescindíveis para desenvolver a capacidade de gestão de sentimentos e emoções nas situações de elevada complexidade e *stress*, nas quais a pressão, responsabilidade e imprevisibilidade do contexto potenciavam significativamente a exigência sentida. Deste modo, a progressão dos estágios permitiu consolidar uma prática sustentada numa análise crítico-reflexiva mais consistente, traduzida no desenvolvimento do raciocínio clínico, da destreza intelectual técnica e emocional, bem como da capacidade de priorização, antecipação e prevenção de complicações, tornando-me mais alinhada com as exigências da PSC, bem como da sua família e/ou cuidador, evidenciando assim as unidades de competência “*Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro*” e “*Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Concluo esta etapa académica com a convicção de ter evoluído enquanto pessoa e enfermeira, evidenciando indubitavelmente, maior confiança nas minhas capacidades, mas também uma perceção mais clara e estruturada dos meus limites e das áreas que exigem aprofundamento contínuo. Acredito que reconhecer e assumir as minhas limitações constitui um alicerce fundamental para potenciar o meu desenvolvimento profissional e a procura da melhoria contínua, orientada para a excelência da prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Segundo Marques et al., (2024), o EEEMCPSC constitui o elemento-chave da prestação de cuidados à PSC, dado o seu papel central na realização de intervenções precisas, eficientes e em tempo útil, dando resposta

às necessidades da pessoa “(...) cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, sendo que os cuidados à PSC podem “(...) derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (Regulamento n.º 429/2018, 2018 p. 19362).

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

A prestação de cuidados à PSC e à sua família/cuidador exigem uma abordagem altamente diferenciada assente na “(...) observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação (...), de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento n.º 429/2018, 2018 p. 19363). Neste sentido, “(...) cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas (...)” do EEEMCPSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018 p. 19363).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foram proporcionadas múltiplas oportunidades de aprendizagem no que diz respeito à prestação de cuidados da PSC, permitindo conhecer e contatar uma ampla diversidade de situações clínicas, com diferentes graus de complexidade. No contexto do SUMC, tive a oportunidade de prestar cuidados à PSC em diferentes contextos clínicos, nomeadamente: AVC, Edema Agudo do Pulmão (EAP), dor torácica, sépsis e trauma, por acidente de viação. Importa salientar que, apesar de algumas destas situações exigirem uma abordagem emergente, nem todas são exclusivamente atendidas na SE, sendo maioritariamente situações como EAP, dor torácica, sem sinais de instabilidade, e sépsis encaminhadas e tratadas na área de cuidados da medicina. Esta dinâmica permitiu compreender o impacto deste fluxo da PSC na capacidade de vigilância, frequentemente comprometida pela sobrelotação das áreas, sobretudo em situações nas quais a intervenção e a vigilância contínua e atempada são determinantes (Ahmed et al., 2026). No contexto PH, as oportunidades de aprendizagem centraram-se na prestação de cuidados à PSC no âmbito dos diferentes fluxogramas de ativação dos meios de emergência, incluindo situações de dispneia, dor torácica, síndrome coronário agudo, hipoglicémia, convulsão, suspeita de AVC, suspeita de sépsis, trauma, trauma torácico, TCE e intoxicação por benzodiazepinas. No meio SIV, prestei ainda cuidados em Pedidos de Apoio Diferenciado (PAD) para analgesia ao utente pediátrico e adulto.

A UCI é caracterizada por um ambiente de prestação de cuidados altamente especializado no qual, as intervenções de enfermagem oportunas e contínuas são a chave para a sobrevivência da PSC (Ernest et al., 2024). Desta forma, o estágio realizado neste contexto constituiu uma das experiências mais enriquecedoras no que respeita ao desenvolvimento de novos conhecimentos e de competências científico-técnicas na área da PSC, estando inserido num ambiente marcado por elevada complexidade e pela utilização de tecnologia avançada de monitorização e de suporte às funções orgânicas (Vernic et al., 2025). Neste âmbito, foram proporcionadas diversas oportunidades de aprendizagem através da observação, participação e colaboração em técnicas diferenciadas, designadamente intubação e extubação orotraqueal, colocação de traqueostomia e prestação dos respetivos cuidados, colocação e manutenção de CVC e de LA, colaboração em SBV e SAV, colocação de cateter de diálise e execução de TSFR, monitorização da Pressão Intra-Abdominal, realização e interpretação de gasometrias, preparação e administração de sedoanalgesia e de terapêutica vasoativa, bem como observação de broncofibroscopia, operacionalizando assim o critério de avaliação da presente competência: “Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de

saúde/doença crítica e /ou falência multiorgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363). Neste sentido, conheci e apliquei ainda novos protocolos, como o de correção de hipocaliemia com a administração de KCl, o protocolo Yale modificado para administração e manutenção de insulinoaterapia na PSC, bem como o protocolo de terapêutica nutricional entérica. Desenvolvi ainda competências na gestão de protocolos associados à manutenção da TSFR, o que permitiu ajustar os parâmetros com base nos resultados analíticos das gasometrias. Relativamente ao protocolo de morte encefálica e à manutenção do potencial dador, não ocorreu nenhuma situação clínica que me permitisse desenvolver competências neste âmbito. Contudo, procedi à leitura e análise integral do protocolo institucional, o que constituiu uma oportunidade de aprofundar conhecimentos acerca da complexidade técnica, ética e emocional inerentes ao processo, reconhecendo ainda a exigência acrescida que este tipo de intervenção impõe ao EEMCPSC. Deste modo, considero ter evidenciado a aquisição da unidade de competência *“Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Nos diferentes contextos de estágio, a prestação de cuidados à PSC foi orientada pela metodologia ABCDE, sendo que, em particular no contexto PH, a abordagem integra uma avaliação inicial, que consiste em avaliar as condições de segurança do ambiente e da equipa, bem como realizar uma primeira impressão geral da PSC, nomeadamente o seu estado de consciência e a presença de hemorragia exsanguinante. Posteriormente, realiza-se a abordagem ABCDE, sendo que a avaliação era sistematizada atendendo às prioridades, permitindo focalizar os motivos de instabilidade e corrigir de imediato as condições que colocavam em risco a vida da PSC. Importa destacar que, apesar desta abordagem preconizar uma sequência de etapas, estas foram sempre abordadas de forma sinérgica, através do trabalho da equipa interprofissional nos diferentes contextos clínicos (Coimbra, 2021).

A utilização da metodologia ABCDE foi particularmente evidente numa ocorrência no contexto da VMER, que se revelou significativa e enriquecedora para o desenvolvimento da aprendizagem e do raciocínio clínico. Tratava-se de uma ativação para um PAD de uma PSC com AEC, vítima de acidente de mota, que, à chegada, apresentava um *score* de 6 na *Glasgow Coma Scale* (GCS) e sinais evidentes de esforço ventilatório. Considerando a cinemática do acidente, a médica da equipa diagnosticou de imediato um TCE e, na avaliação subsequente do pescoço e do tórax, identificou-se um desvio ligeiro da traqueia à esquerda, assimetria torácica à esquerda, enfisema subcutâneo e, à auscultação, diminuição do murmúrio vesicular à esquerda, sinais óbvios de trauma torácico. Atendendo ao *score* da GCS e à ausência de informação sobre a hora da última refeição, procedeu-se a uma anestesia de sequência rápida e assegurou-se a proteção da VA com colocação de uma VA avançada, que permitiu monitorizar a eficácia da ventilação através da capnografia, apresentando-se valores de EtCO₂ constantes de 34-35 mmHg. Inicialmente, a PSC apresentava-se hipotensa e taquicárdica, sendo que a administração de fentanil, aquando da indução anestésica, permitiu resolver a taquicardia, que possivelmente estaria relacionada com dor. Para a correção da hipotensão arterial, iniciou-se rapidamente perfusão de cristalóides, mantendo-se, porém, um perfil hipotenso. Neste sentido, para preparar um transporte seguro e prevenir complicações, prepararam-se efedrina, rocurónio, propofol e cetamina, para suporte durante o transporte. Ainda, dada a forte possibilidade de complicações a nível pulmonar, preparou-se o material necessário para uma possível drenagem torácica. Esta experiência complexa contribuiu para aprimorar a minha capacidade de intervir de forma célere, assertiva e antecipatória perante a PSC, tendo prestado *“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total”* de

acordo com os PQCEEPSC (OE, 2017, p. 10) e, assim considero ter atingido a unidade de competência “*presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

No contexto do SUMC, ocorreu uma situação que contribuiu de forma significativa para um momento de reflexão, ao evidenciar que a prestação de cuidados à PSC não se circunscreve apenas ao contexto de uma SE. Neste sentido, é exetável que, enquanto futura EEEMCPSC, detenha a capacidade de reconhecer e identificar precocemente sinais de instabilidade hemodinâmica em utentes que, aparentemente, não apresentavam queixas ou quadro de gravidade evidente. Neste âmbito, durante o estágio no SUMC, ao circular no serviço observei um utente cujo fácies, coloração e postura que despertaram a minha atenção. Numa abordagem inicial, o utente encontrava-se asténico, com palidez cutânea marcada e sudorese pelo que rapidamente, motivou a avaliação dos sinais vitais. Verificaram-se hipotensão, taquicardia e febre, sinais que sustentaram a suspeita de instabilidade clínica, levando à partilha imediata da situação com a colega responsável pelo utente, que validou a minha preocupação e solicitou a avaliação do médico generalista, que, posteriormente, transferiu o utente para a medicina interna. Neste contexto, foi diagnosticada uma insuficiência respiratória do tipo 2, associada a uma acidose respiratória, com necessidade de iniciar suporte ventilatório através de VMNI, com o objetivo de corrigir a hipercápnia e prevenir o agravamento do estado clínico. A identificação dos sinais de risco e instabilidade revelou-se determinante para antecipar a deterioração do estado de saúde do utente, permitindo prevenir a retenção do CO₂ e a consequente evolução para depressão do sistema nervoso central, fadiga respiratória, hipoxemia grave e, consequente falência multiorgânica. Assim, esta situação destacou a importância de uma visão diferenciada, abrangente e atenta aos utentes que se encontram no serviço de urgência, sendo uma competência crucial no perfil do EEEMCPSC. Neste sentido, considero ter evidenciado a aquisição da unidade de competência “*Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*” respondendo de forma célere, proativa e antecipatória perante focos de instabilidade (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Na UCI, a PSC permanece sob monitorização contínua das funções vitais, invasiva ou não invasiva, atendendo ao seu estado de saúde e instabilidade clínica. Por conseguinte, a monitorização é crucial na prestação de cuidados, permitindo avaliar continuamente a função cardiovascular, ventilatória, a perfusão tecidual, identificar precocemente disfunções e também analisar a resposta a manobras de SAV (McEachron & Costantini, 2025). Neste contexto, a monitorização contínua revelou-se determinante para a vigilância e antecipação de focos de instabilidade, permitindo a identificação precoce de alterações de ritmo cardíaco, a deteção de hipertensão/hipotensão graves com compromisso hemodinâmico, a deteção de alterações ventilatórias e de oxigenação, possibilitando uma intervenção atempada e a prevenção de falência orgânica, em consonância com a unidade de competência supracitada.

No âmbito da UCI, estudos recentes demonstram que o *delirium* apresenta incidência entre 20% e 50%, podendo atingir valores próximos de 80% na PSC submetida a VMI (Liu et al., 2024). O *delirium* caracteriza-se por uma perturbação aguda do estado mental, frequentemente associada à gravidade do estado de saúde, aos efeitos da sedoanalgesia e à necessidade de suporte ventilatório, fatores prevalentes neste contexto (Liu et al., 2024). No decorrer do estágio, constatei que o nível de sedação é avaliado uma vez por turno através da *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*. Contudo, identificou-se como fragilidade a ausência de avaliação sistemática do *delirium*, apesar de a evidência científica atual demonstrar a sua elevada prevalência em contexto de UCI. Desta forma, as *guidelines* emanadas pela *Society of Critical Care Medicine (SCCM)*, atualizadas em 2018, recomendam a monitorização regular do *delirium*, sublinhando a necessidade da sua

integração na prática clínica. De acordo com estas recomendações, o *delirium* constitui um diagnóstico clínico, sendo preconizada na sua declaração de boas práticas, a utilização de instrumentos validados, como o *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU) ou o *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC), para a sua identificação precoce e abordagem adequada, destacando que os benefícios da aplicação destes instrumentos, superam exponencialmente quaisquer potenciais desvantagens (SCCM, 2018). Desta forma, enquanto futura EEEMCPSC, reconheço a importância de promover a implementação da monitorização do *delirium* na UCI, potenciando a deteção precoce e a adoção de medidas preventivas e terapêuticas dirigidas. A sua avaliação contribui para prevenir complicações associadas, como o prolongamento do tempo de VMI e de internamento, o aumento da morbilidade e mortalidade, compromisso cognitivo e funcional e, por conseguinte, o impacto económico acrescido, inerente aos custos em saúde (Pinheiro et al., 2022; Jones et al., 2025).

A dor é um fenómeno intrinsecamente individual e subjetivo (Coelho et al., 2025), assumindo-se como um sinal vital e devendo ser reconhecida como um processo fisiopatológico frequentemente associado a situações urgentes e emergentes, o que exige uma abordagem sistematizada, precoce e centrada na pessoa. A PSC com dor não controlada apresenta maior risco de instabilidade hemodinâmica e de agravamento do estado clínico (Almutairi et al., 2025). Desta forma, o controlo da dor constitui uma prioridade, sendo indissociável da qualidade da prestação de cuidados, sendo que o enfermeiro recorre à analgesia como parte integrante de uma abordagem estruturada à PSC com queixas agudas, seja qual for a sua etiologia (Coimbra, 2021).

O EEEMCPSC faz a “(...) *gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica (...), otimizando as respostas*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363), mobilizando conhecimentos científicos e intervenções baseadas na evidência, integrando abordagens farmacológicas e não farmacológicas.

No contexto do SUMC, experienciei uma situação de um utente com choque hipovolémico, com Decisão de Não Reanimar previamente estabelecida. Este apresentava-se confuso, com agitação psicomotora no leito, e apresentava fácies desconfiada, que aparentava refletir dor. Perante esta observação, procurei perceber junto do utente se sentia dor, uma vez que esta poderia agravar o seu estado hemodinâmico, sobretudo num contexto de choque. Consultei a sua tabela terapêutica, tendo verificado a prescrição de morfina em SOS e, de seguida, procurei reposicionar o utente com recurso a almofadas e cobri-o cuidadosamente com o cobertor, proporcionando-lhe conforto físico e emocional. Estas intervenções revelaram-se eficazes, na medida em que, o utente rapidamente ficou tranquilo, conseguindo repousar no leito, demonstrando que a gestão da dor não se restringe à administração farmacológica, devendo integrar medidas alternativas, nomeadamente, não farmacológicas, as quais contribuem para a redução da necessidade de escalada terapêutica, representando um impacto significativo na promoção do bem-estar e estabilidade da PSC (Royal College of Emergency Medicine [RCEM], 2024).

No contexto PH, observa-se uma elevada heterogeneidade de ocorrências que, pela sua complexidade clínica, requerem medidas eficazes de controlo da dor. No meio SIV experienciei uma situação relativa a um utente em idade pediátrica, de 17 anos, que apresentava uma grande deformação a nível do ombro direito, sugestiva de luxação, na sequência de um trauma por queda. Este, encontrava-se pálido, sudorético e com dor intensa à nossa chegada. Inicialmente, receoso e assustado com todo o meio envolvente, recusou a colocação de um acesso venoso periférico para administração de analgesia, situação que exigiu uma abordagem mais delicada, atendendo também à sua idade. Neste sentido, enquanto futura EEEMCPSC, é exetável a consideração de abordagens alternativas e a gestão diferenciada da dor. Assim, perante o cenário, adotei uma postura de

escuta ativa, procurando perceber as suas emoções e sentimentos e proporcionei-lhe uma posição de conforto, uma vez que tinha o braço lesionado mal apoiado, encontrando-se num esforço imenso para tentar aliviar a sua própria dor. Particularmente em idades pediátricas, a implementação de medidas não farmacológicas, como a promoção de um ambiente tranquilo, desempenha um papel relevante na gestão da dor. Adicionalmente, a imobilização e o posicionamento adequado do membro afetado contribuem igualmente para o controlo e alívio da dor (RCM, 2020). Posteriormente, o utente desenvolveu confiança e segurança e aceitou a colocação do acesso venoso periférico, para a administração de analgesia. Estas intervenções revelaram-se eficazes no controlo da dor, sendo que este olhar clínico e crítico perante o utente traduz-se em ganhos para o seu bem-estar, melhoria dos parâmetros fisiológicos e redução de possíveis transtornos psicológicos pós-traumáticos como *stress* e ansiedade (Teoh et al., 2022).

No âmbito da UCI, a gestão da dor assume particularidades mais complexas, designadamente na PSC sob VMI e sedoanalgesia, frequentemente impossibilitada de comunicar verbalmente, o que exige a utilização de instrumentos validados para esta população, baseados na observação comportamental. Desta forma, na UCI a avaliação da dor foi realizada através do *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient* (BPS-IP) que avalia 3 dimensões comportamentais, nomeadamente a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação à ventilação mecânica, sendo aplicado de 4 em 4 horas. Paralelamente, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) recomenda a avaliação da dor na pessoa que comunica através da Escala Numérica (EN) (SPCI, 2012). Na UCI, a avaliação da dor encontra-se alinhada com esta recomendação, sendo habitualmente utilizada EN ou a Escala Visual Analógica na PSC que não se encontra sob VMI, e, portanto, com capacidade de verbalizar. Contudo, a Norma n.º 09/DGCG da DGS (2003) estabelece que estas escalas de avaliação aplicam-se apenas a pessoas conscientes e colaborantes, condição que nem sempre se verifica no contexto da PSC internada na UCI, podendo comprometer uma avaliação e gestão efetiva da dor e, em consequência potenciar agitação, *stress* pós-traumático e distúrbios do sono (Salviano et al., 2025). Neste sentido, a evidência científica atual destaca a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) e a *Behavioral Pain Scale – Non Intubated* (BPS-NI) como instrumentos validados e recomendados para a avaliação da dor na PSC, em UCI, incapaz de comunicar verbalmente, baseando-se assim na observação de indicadores comportamentais que incluem a vocalização (Estevam & Pedro, 2024; Soumia et al., 2023).

A prestação de cuidados do EEEMCPSC transcende a PSC, integrando igualmente a família e/ou cuidador, sendo este princípio reconhecido como uma competência das competências especializadas, segundo o disposto no Regulamento n.º 429/2018 (DR, 2018). Desta forma, o EEEMCPSC “*gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

No contexto do SUMC, a comunicação e a relação terapêutica com a PSC e a família/cuidador são estabelecidas habitualmente desde o momento da triagem, sempre que estes se encontram presentes assumindo um papel essencial para a recolha de informação clínica relevante. Em contextos de situação aguda, especialmente perante dor intensa ou déficits graves, a família emerge como elemento facilitador da comunicação, contribuindo de forma crucial para uma avaliação mais célere e rigorosa. Neste sentido, a integração da família na prestação de cuidados, enquanto parceira ativa, revela-se essencial e deve ser valorizada. A evidência científica sustenta que, neste contexto, os enfermeiros reconhecem a consciência da vulnerabilidade do utente e da família/cuidador, reforçando a necessidade de promover apoio emocional, mitigar sentimentos negativos, garantir uma comunicação clara e empática e incluir a família/cuidador nos cuidados (Alotaibi et

al., 2024). Assim, procurei, sempre que possível, integrar e valorizar a presença da família/cuidador, reconhecendo-a igualmente como alvo de cuidados.

No contexto da UCI, que respeita à unidade de competência supracitada, a sua operacionalização constituiu para mim um desafio, devido à complexidade do estado clínico e às limitações da PSC. Durante o estágio, deparei-me frequentemente com barreiras comunicacionais, nomeadamente com situações em que a PSC, não ventilada e, em alguns casos, ventilada sob níveis reduzidos de sedoanalgesia, manifestava a necessidade de estabelecer uma comunicação comigo e/ou com os seus familiares, contudo, era muito difícil compreender o que tentava transmitir. Neste contexto, sempre que o estado clínico e o nível de consciência da PSC o permitem, a UCI disponibiliza diversos materiais de apoio à comunicação interpessoal. Estes incluem quadros brancos, canetas e *placards* que permitem à PSC apontar para letras do abecedário e números, formando palavras ou frases. Este último instrumento contempla ainda a EN de avaliação da dor e diversas imagens que facilitam a expressão de necessidades (por exemplo: sim, não, escrever, rezar, limpar a boca, aplicar creme nos lábios ou ajustar a cama), sintomas (como desconforto, falta de ar, dor de cabeça, dor de garganta e náuseas) e sentimentos (tais como saudade, medo, ansiedade ou tristeza), sendo que estas estratégias de Comunicação Aumentativa e Alternativa contribuem para a melhoria da comunicação interpessoal (Karmakar et al., 2024) e foram essenciais para me apoiar no desenvolvimento desta unidade de competência.

O EEEMCPSC *“gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363). No contexto PH, nomeadamente no meio SIV, vivenciei uma situação que me fez refletir sobre a importância da relação terapêutica com a família/cuidador, na qual fomos acionados para uma PSC com AEC e sinais clínicos evidentes de choque, como taquicardia, hipotensão arterial, palidez marcada, sudorese e pele viscosa. Durante a nossa abordagem, a filha do utente chegou, o que constituiu um momento crítico do ponto de vista emocional, dado o seu estado e a sua preocupação. Neste sentido, foi permitido que entrasse por breves instantes na célula da ambulância, o que possibilitou estabelecer um primeiro contato terapêutico, baseado na compreensão, empatia e escuta ativa, e também o momento em que foi informada da necessidade de transportar o seu familiar para o hospital. Posteriormente, após a transição da PSC para a SE e numa ótica de continuidade de cuidados, procurei a familiar, que previamente tinha referido que se iria dirigir ao hospital de destino, com o intuito de a manter informada e atualizada sobre o processo de saúde complexo do pai, bem como para lhe disponibilizar apoio e suporte. Atualmente, a evidência científica destaca que, em situações críticas, as famílias procuram não apenas uma resposta célere, mas também cuidados com base no respeito e empatia, sendo, portanto, fundamental atender às suas expectativas, alinhadas como um indicador relevante da qualidade dos cuidados prestados (Khani et al., 2026).

No âmbito do desenvolvimento da presente competência, o estabelecimento da relação terapêutica, em particular com a família da PSC no contexto da UCI, foi sentido como um desafio. No estágio, foi possível observar nas famílias sentimentos de impotência, medo, preocupação, angústia, bem como a marcada desorganização do seu quotidiano, sendo que inerente a este processo familiar doloroso, constatei que as famílias procuram frequentemente no enfermeiro uma relação de confiança para satisfazer a sua necessidade de segurança (Gunnlaugsdóttir et al., 2024). Neste sentido, aquando das visitas à unidade, os familiares procuram frequentemente o enfermeiro, solicitando-lhe esclarecimentos sobre o diagnóstico, os resultados dos exames realizados ou o prognóstico da PSC. Estas solicitações constituíram momentos de reflexão sobre a gestão de expectativas da família relativamente à obtenção de informação clínica e, neste sentido, percebi que estas situações exigem do EEEMCPSC uma sólida consciência dos seus limites, garantindo que a

informação transmitida se circunscreve unicamente ao seu domínio de atuação e salvaguardando o respeito pelas responsabilidades de cada profissão. Deste modo, as *guidelines* dos Cuidados Centrados na Família em UCI para adultos, emanadas pela SCCM (2024), referem que a comunicação relativa à situação e informação clínica detalhada é da responsabilidade médica, sendo que o enfermeiro assume sobretudo um papel facilitador da comunicação e de apoio à família/cuidador.

No âmbito da presente competência específica, é ainda expectável que o EEEMCPSC assista “(...) a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363). No sentido de desenvolvimento desta competência, destaco uma situação que experienciei no contexto PH, no qual as equipas são as primeiras a intervir e têm impacto significativo aquando da comunicação de assuntos delicados, como a morte, com a família e/ou cuidador (Tillett et al., 2024). Neste sentido, a comunicação, sobretudo em ambientes familiares, exigiu um cuidado particular, especialmente quando se tratava de situações de morte inesperada, o que me gerou inicialmente sentimentos de desconforto que, com o apoio das enfermeiras supervisoras, fui capaz de colmatar. No meio VMER, surgiu uma ativação para um PAD a uma PSC, de 81 anos, previamente autónoma, que se encontrava em PCR. À chegada, os bombeiros encontravam-se a realizar manobras de SBV, porém, sempre com ritmo não desfibrilhável. Atendendo ao tempo de manobras, à ausência de ritmo cardíaco e aos sinais evidentes de má perfusão, a médica da equipa indicou a suspensão do SBV. Neste cenário, senti que a família tinha depositado todas as suas esperanças na equipa da VMER, sendo que, ao dar a notícia à esposa do utente, ficaram marcadas a incredulidade, tristeza e angústia pela sua perda irreparável. Durante o processo, devo salientar a responsabilidade demonstrada pela médica da equipa, perante a comunicação das más notícias, que, apesar de direta e verdadeira, respeitou e deu espaço à manifestação da dor, oferecendo simultaneamente apoio. No sentido de também cuidar da família, adotei uma postura calma e empática e, procurei colocar-me à altura da esposa, questionando-a se haveria algo que eu pudesse fazer para a ajudar naquele momento difícil. A reflexão sobre as emoções e comportamentos que observei, por parte da esposa, fez-me perceber a importância do saber-ser e saber-estar nestas situações em que estar presente, realizar a escuta ativa e demonstrar apoio são fundamentais para começar o processo de luto com cuidado e o apoio necessário (Santos et al., 2023). Neste âmbito, a análise desta experiência foi posteriormente aprofundada através da realização de uma Análise Crítica Reflexiva Baseada num Artigo Científico, centrada na comunicação de más notícias no contexto PH (Apêndice V)

2.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

O artigo 3º da Lei n.º 27/2006, Lei de Bases da PC, define como situação de catástrofe “Acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (DR, 2006, p. 3). No decorrer dos estágios, não se proporcionou a prestação de cuidados em contexto de catástrofe, no entanto, procurei conhecer e consultar o Plano de Emergência Interno (PEI) das diferentes instituições. No contexto do SUMC, tal não foi possível, uma vez que este se encontra num processo de reformulação, pelo que também não tive acesso aos *kits* de emergência. Todavia, o Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil (PMEPC), atualizado em 2003, encontra-se disponível para consulta *online*, sendo que o SUMC constituindo um serviço do hospital, enquanto agente de proteção civil, tem várias

responsabilidades como *“minimizar perda de vidas humanas, limitando as sequelas físicas e diminuindo o sofrimento humano”, “prestar assistência médica e medicamentosa à população”, “coordenar as evacuações/transferências inter-hospitalares (...)”, “colaborar na prestação de cuidados de emergência médica pré-hospitalares, nomeadamente reforçando as suas equipas e/ou material/equipamento(...)”,* entre outras (PMEPC, 2023).

A realidade nos serviços de urgência nacionais obriga à prestação de cuidados numa verdadeira situação de exceção, uma vez que se verifica um constante desequilíbrio entre as necessidades relacionadas com a elevada afluência e os escassos recursos disponíveis, especialmente humanos. Assim, a situação de exceção é definida pelo *“(...) desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

No âmbito da Situação de Exceção, no SUMC tive a oportunidade de desenvolver competências na prestação de cuidados de saúde em eventos de massa ao contribuir para a equipa de enfermagem do Posto Médico Avançado (PMA) de um festival de música com lotação prevista de 25 000 pessoas. Considerando que a realização do evento não deve afetar a dinâmica do serviço de urgência que dá apoio à população residente da cidade (Coimbra, 2021), o PMA detinha capacidade para 16 utentes mais 6 macas de redundância e dispunha de 3 boxes mais uma de redundância, totalmente equipados para SAV. De acordo com as estatísticas, o PMA deu resposta a 176 inscrições transferindo apenas 3 (1,70%) utentes para o SUMC (Anexo IV). Durante a minha experiência, o padrão de admissões que se verificou com mais frequência foi devido a: mordeduras e picadas, feridas, traumatismo ligeiro, cefaleia, lipotimia, dor torácica, ansiedade e intoxicação etílica e/ou por estupefacientes. Segundo a literatura, apesar das queixas serem maioritariamente de severidade *minor*, a equipa médica do PMA deve ter formação em SAV para responder a qualquer situação súbita, permanecendo preparada para dar resposta a qualquer momento do evento (Coimbra, 2021).

No que se refere à unidade de competência *“cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363), no contexto PH, em conjunto com a enfermeira supervisora, abriu-se o *kit* de triagem multivítimas que adota o método START para a triagem primária e o *Triage Revised Trauma Score* (TRTS) para a triagem secundária e, procedeu-se a uma revisão sobre a identificação das vítimas e a atribuição da prioridade, de acordo com os critérios de gravidade. Não obstante, para desenvolver esta competência, participei nas Jornadas de Enfermagem à PSC – Situações de Catástrofe e Exceção (Anexo V), organizadas pela comissão científica da Escola Superior de Saúde de Leiria. Nestas jornadas, tive a oportunidade de assistir à apresentação e discussão de temas como planos de evacuação, triagem em massa, incidentes nucleares, o papel da PC nestes contextos, bem como estratégias de atuação que, por sua vez, permitiram melhorar o meu conhecimento e preparação para atuar neste tipo de contextos críticos, enquanto futura EEEMCPSC competente neste domínio.

A prestação de cuidados de saúde em eventos em massa é uma área da emergência médica PH em desenvolvimento e tem como objetivo providenciar cuidados em eventos culturais e religiosos, entre outros, *“(...) quando há deslocação de pelo menos 1000 pessoas para um local específico, por um período de tempo variável e para um propósito comum (...)”* (Coimbra, 2021, p. 368). Estes eventos pressupõem planeamento, todavia quando não são planeados, a sua responsabilidade pertence às entidades públicas. Não se tratando de uma situação de exceção e catástrofe, a experiência que descrevo de seguida foi, após reflexão com a minha enfermeira supervisora, considerada pertinente para integrar esta competência, tendo em conta a sua relação com emergência e o conhecimento do PMEPC. Na VMER presenciei uma situação no Santuário de

Fátima que me levou a refletir: “e se estivesse a transportar uma PSC em PCR, que impacto teria esta situação na sua sobrevivência?”. Para contextualizar, tratava-se do mês de outubro, o segundo período do ano com maior afluência ao local, devido a comemorações religiosas [Agência Lusa (2025)]. No regresso da ocorrência, situada mesmo no interior do santuário, ficámos retidos por várias vezes, devido ao elevado volume de autocarros e viaturas, o que refletiu o potencial impacto do congestionamento rodoviário na resposta da emergência PH. Em *debriefing* com a equipa, constatou-se que os vigilantes do santuário procuraram garantir o movimento dos veículos na área contígua, no entanto, verificou-se a inexistência de um corredor ou itinerário de evacuação para os meios de emergência que, de acordo com o PMEPC (2021) seria responsabilidade atribuída à Guarda Nacional Republicana (GNR), enquanto entidade coordenadora da evacuação. Outras falhas identificadas referem-se à comunicação, quer por falha dos vigilantes do santuário em acionarem a GNR, quer por nossa falha, que, através do CODU, poderia ter solicitado o seu apoio previamente. Pretendo ainda salientar que contactei a PC para aceder aos planos de emergência e evacuação do Santuário, no entanto fui informada de que o Santuário é uma entidade privada e que a sua intervenção é limitada a grandes comemorações, como a “Operação Fátima”, realizada durante a peregrinação do 13 de maio. Neste sentido, a magnitude e a especificidade deste local que acolhe fluxos massivos de pessoas em períodos específicos, levantam a pertinência da existência de um PEI, ajustado ao risco inerente à elevada concentração de pessoas. Esta experiência permitiu desenvolver competências que respondem à unidade de competência “*concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

No contexto da UCI, atendendo à complexidade da situação clínica da PSC, à vasta tecnologia avançada integrada nos cuidados prestados e à localização da unidade no 5.º piso da instituição hospitalar, emergiu a necessidade de perceber quais os procedimentos instituídos no PEI para a gestão de eventuais situações de evacuação da unidade. Neste âmbito, de acordo com um anexo integrado no PEI, referente às “*Instruções Especiais de Evacuação de Doentes do SMI*”, o EG/Enfermeiro Coordenador de Turno integra as equipas de evacuação responsáveis por garantir a evacuação da PSC, sendo também da sua responsabilidade o recrutamento dos recursos humanos necessários para agilizar as atividades de evacuação. A consulta deste documento revelou-se importante para conhecer os equipamentos existentes na unidade necessários à evacuação, bem como para compreender a definição das prioridades no processo de evacuação, os níveis de evacuação, consoante se trate de evacuação horizontal ou vertical, e os respetivos locais de refúgio. Desta forma, numa ótica de futura EEEMCPSC, considero fundamental conhecer os procedimentos previstos no PEI, de modo a garantir uma resposta rápida, organizada e eficaz perante uma situação de catástrofe. O conhecimento do plano contribui para reforçar a capacidade de atuação profissional, otimizando uma resposta segura e eficiente face a eventos inesperados (Feng et al., 2025) dando assim, resposta à unidade de competência “*Planeia resposta à situação de catástrofe*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

A UCI integra a EEMI da instituição hospitalar do local de estágio. Esta é composta por um médico intensivista e um enfermeiro, que asseguram uma resposta rápida quando são ativados por situações de deterioração fisiológica aguda. A ativação da EEMI é realizada pela rede telefónica interna, utilizando o número 2222. De acordo com o Despacho n.º 9639/2018 (2018), os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde devem adotar este número para ativação das EEMI, conforme recomendação conjunta do *European Resuscitation Council*, *European Board of Anaesthesiology* e *European Society of Anaesthesiology*. Integrar a EEMI exige elevado nível de desenvolvimento pessoal, profissional e a demonstração de múltiplas competências (Rabiais et al., 2024). Neste sentido, observei e participei em ativações da EEMI, momentos que

se revelaram enriquecedores para compreender o papel do enfermeiro na equipa e desenvolver as competências numa ótica de EEEMCPSC.

No respeito à unidade de competência *“Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364), no contexto do SUMC, conforme previamente referido, desenvolvi uma proposta para a preservação e recolha de vestígios forenses para a SE (Apêndice I). Esta foi alvo de interesse e aceite pelos pares, dada a inexistência de protocolos que designassem a conduta do enfermeiro perante a prática de crime. Neste âmbito, procurei também aprofundar os meus conhecimentos através da presença no I Congresso Internacional de Enfermagem Forense: Interface entre Saúde e Justiça e, também participei num *workshop* de *“Preservação de Vestígios no Pré-Hospitalar e Serviço de Urgência”*, cujos programas e certificados se encontram nos Anexos VI, VII e VIII.

2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção 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 IACS representam uma ameaça significativa à segurança do utente, constituindo um importante problema de saúde pública a nível global. Estas estão também associadas ao aumento da resistência antimicrobiana, agravando a complexidade da abordagem terapêutica e elevando o risco de complicações graves (*European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2023; Gomes 2023*). Neste sentido, o Despacho n.º 10901/2022, determina que a DGS *“(…) desenvolve, como programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências a Antimicrobianos [PPCIRA]”* definindo os seus objetivos, nomeadamente *“(…) a redução da incidência de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos”* (DR, 2022, p. 94). Desta forma, a prevenção e controlo de IACS constituem assim, uma dimensão central na prestação de cuidados à PSC, enquanto parte integrante das competências especializadas. Neste sentido, à luz do que é definido no Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018, p. 19364), o EEEMCPSC assume um papel preponderante relativamente ao *“(…) risco de infeção face a múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas (...)”* e *“(…) responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos”*. Por sua vez, os PQCEEPSC destacam também que o EEEMCPSC *“(…) maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção”* (OE, 2017, p. 16).

A problemática das IACS assume relevância transversal a todos os contextos de estágio, influenciada por fatores estruturais, organizacionais e clínicos. Atualmente, verifica-se que o panorama de sobrelotação e sobrecarga dos serviços de urgência tem um alto impacto na garantia da qualidade dos serviços de saúde, potenciando maiores tempos de espera e, consequentemente, aumentando a suscetibilidade ao risco de infeção (Gama & Lopes, 2024). Por outro lado, no contexto PH, observa-se um paradigma diferente no qual, a prestação de cuidados apresenta desafios acrescidos. Esta ocorre com frequência em ambientes pouco controlados, como habitações ou via pública, onde a informação clínica sobre possíveis fontes de contaminação, facultada aos profissionais de saúde, é, geralmente, limitada. Esta realidade condiciona a implementação de medidas eficazes de prevenção, aumentando a complexidade da atuação e o risco associado às IACS (Gomes, 2021). Em contexto de UCI, esta problemática assume uma expressão ainda mais significativa, com uma prevalência de IACS de cerca de 20,5%, um valor superior ao observado noutros serviços

hospitalares. Este facto encontra-se maioritariamente associado à utilização frequente de técnicas invasivas, essenciais ao suporte e à monitorização da PSC, mas que, simultaneamente, aumentam o risco de infeção (Gonçalves & Marques, 2025).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, a presente competência destacou-se como a que mais suscitou momentos de reflexão crítica, evidenciando uma crescente atenção e questionamento face às práticas desenvolvidas. Neste enquadramento, a Norma n.º 029/2012, atualizada em 2013, relativa às Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI), estabelece um conjunto de medidas fundamentais orientadas para o controlo de IACS. De acordo com a DGS, estas “(...) destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde” (DGS, 2012, p. 10). Paralelamente, o PNSD 2021-2026, no âmbito do 5.º pilar, centrado na promoção de práticas seguras em ambientes seguros, define o objetivo estratégico de “reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos (...)” (DR, 2021, p. 103). Neste sentido, numa ótica de futura EEEMCPSC, procurei orientar a minha prática, atendendo às medidas preconizadas na norma supracitada da DGS, contribuindo ativamente para o controlo e a redução de IACS e desenvolvendo a presente competência especializada, numa perspetiva de promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

No contexto do SUMC, as limitações atuais relacionadas com a elevada afluência, constrangimentos físicos e a escassez de recursos, tornaram-se num desafio para o cumprimento das PBCI. Atendendo aos critérios de suporte para a aplicação da Norma da DGS, verificaram-se algumas fragilidades que carecem de melhoria, nomeadamente no que diz respeito à colocação dos utentes e à higiene das mãos. Deste modo, verifiquei a ausência de uma verificação ou notificação pelo gabinete do Grupo Coordenador Local do PPCIRA face à admissão de utentes com critérios de risco como: internamento no último ano, internamento em unidades de cuidados continuados ou em estruturas residenciais para idosos e, colonização ou infeção prévia por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina e *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase. No que concerne à higiene das mãos, observou-se na equipa multidisciplinar, o incumprimento ocasional dos 5 Momentos de Higiene das Mãos preconizados pela Organização Mundial da Saúde. Esta não conformidade pareceu relacionar-se com constrangimentos estruturais, nomeadamente o número insuficiente de dispensadores de Solução Antisséptica de Base de Alcoólica (SABA) e a sua localização pouco acessível, restrita ao balcão e distante das unidades dos utentes. Neste sentido, a evidência científica demonstra que a acessibilidade ao SABA constitui um fator determinante para a adesão à higiene das mãos, verificando-se um aumento da taxa de higiene das mãos dos profissionais quando disponível (Iversen et al., 2024). Perante esta realidade, a garantia do cumprimento adequado desta medida implicou uma gestão adicional do tempo disponível para a prestação de cuidados.

Paralelamente, no âmbito da Higiene das Mãos, o estágio na UCI constituiu uma experiência relevante para a reflexão sobre a importância da adesão, na íntegra, aos 5 Momentos para a Higiene das Mãos. Este estágio contribuiu para a melhoria da prática clínica, promovendo a integração desta medida de forma mais consciente e consistente na prestação de cuidados, com especial foco no primeiro momento, antes do contacto com o utente. Um estudo realizado em contexto de UCI demonstrou que apenas 18,1% dos enfermeiros realizavam a higiene das mãos antes do contacto com o utente, comparativamente a 24,1% após o contacto, evidenciando fragilidades na adesão a esta prática (Arai et al., 2022). Adicionalmente, a evidência científica destaca que a baixa adesão à higiene das mãos está associada a consequências clínicas e organizacionais relevantes, nomeadamente ao aumento do tempo de internamento, à maior incidência de

comorbilidades, à mortalidade, ao aumento da resistência a antimicrobianos e ao consequente aumento dos custos para as instituições de saúde (Purushottam et al., 2025).

O contexto do PH é indubitavelmente um ambiente caracterizado por recursos limitados, no qual a pressão e a necessidade da rápida tomada de decisão podem dificultar a aplicação rigorosa das PBCI. Neste âmbito, a Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA) do INEM, desenvolveu um Manual de Controlo de Infecção sustentado nas PBCI, integrando também as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão. Durante o estágio, as PBCI cujo cumprimento se revelou mais desafiante relacionaram-se sobretudo com a higiene das mãos e a descontaminação do equipamento clínico. Em reflexão com as enfermeiras supervisoras, identificou-se que esta limitação decorre, em grande parte, da imprevisibilidade dos meios e da dinâmica operacional, sendo a desinfecção dos equipamentos frequentemente realizada apenas no regresso à base. Assim, verificou-se que, na prática, os equipamentos, nomeadamente o monitor e respetivos cabos, são habitualmente acondicionados nos compartimentos sem desinfecção prévia, com o objetivo de garantir rapidamente o *status* disponível dos meios. Esta realidade torna-se particularmente crítica no meio VMER, onde é frequente ocorrerem múltiplas ativações consecutivas sem retorno à base, o que se traduz na reutilização de equipamentos potencialmente contaminado e, consequentemente, no incremento do risco de propagação IACS. Neste sentido, o Manual de Controlo de Infecção do INEM reforça, no protocolo de atuação desenvolvido pelo CPCIRA, que a limpeza e desinfecção do equipamento médico não descartável deve ser assegurado antes da sua reutilização (INEM, 2023b). Relativamente à higiene das mãos, verifica-se a disponibilidade de SABA no interior dos meios de emergência, todavia, a sua inclusão na mala médica poderia constituir uma estratégia facilitadora da proximidade e acessibilidade da equipa interprofissional durante a abordagem no cenário. Neste sentido, a evidência científica atual demonstra que a descontaminação inadequada de superfícies, associada à insuficiente adesão à higienização das mãos, representa um fator relevante de risco para a transmissão e aumento de IACS (Baldovin et al, 2022). Adicionalmente, a evidência científica sugere que a disponibilização de pequenos frascos individuais de SABA, passíveis de serem acoplados às fardas dos profissionais, constitui uma estratégia eficaz para promover a adesão à higienização das mãos, particularmente em ambientes externos à estrutura física dos meios de emergência (Pereira et al., 2020).

No âmbito da prevenção de IACS no contexto da UCI, a prestação de cuidados orienta-se pelas Normas relativas aos Feixes de Intervenções preconizados pela DGS, atualizados em 2022. De acordo com o “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação”, esta representa a infeção mais frequentemente adquirida neste contexto (DGS, 2022a). Neste sentido, o estágio revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC sob VMI, bem como na implementação de medidas de prevenção de IACS. Assim, enquanto futura EEEMCPSC, procurei orientar a minha prática de acordo com as *bundles*, assegurando a manutenção da cabeceira do leito elevada aproximadamente a 30°, a realização de higiene oral, que é realizada 3 vezes em 24 horas, e a monitorização da pressão do *cuff* entre os 20-30cmH₂O, também realizada 3 vezes por dia. Esta última intervenção, é habitualmente realizada previamente aos cuidados de higiene oral, com o objetivo de reduzir o risco de microaspiração de secreções contaminadas para as vias respiratórias inferiores (Almeida et al., 2024). Adicionalmente, verificou-se que, não sendo uma intervenção da esfera autónoma de enfermagem, não era possível assegurar o preconizado na Norma, no que respeita à utilização de sedação ligeira e da realização diária das provas de ventilação espontânea à PSC candidata à extubação. Relativamente ao “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Relacionada com o CVC”, a norma preconiza a avaliação diária da

possibilidade de remoção do CVC (DGS, 2022b). Na UCI do local de estágio, esta intervenção encontra-se integrada no processo de enfermagem da PSC internada, sendo objeto de avaliação em cada turno, contribuindo assim para a prevenção da infeção associada ao dispositivo.

No contexto de estágio da UCI, identificou-se a presença de 3 enfermeiras que desempenham funções de elo de ligação com o PPCIRA. Estas profissionais assumem um papel de referência na promoção de cuidados seguros, constituindo um modelo de boas práticas. Neste contexto, as minhas enfermeiras supervisoras integravam este grupo, o que se revelou importante para perceber o seu contributo na promoção e monitorização das PBCI, na disseminação do conhecimento e na implementação de recomendações internacionais e da instituição. Paralelamente, estas desempenham um papel ativo na sensibilização dos pares e da restante equipa multidisciplinar para a adoção de boas práticas, promovendo a melhoria da adesão às medidas preventivas e, por conseguinte, a redução de IACS (Dekker, et al., 2024).

No contexto do SUMC, identificou-se uma situação que suscitou um momento de reflexão referente à utilização do mesmo fármaco broncodilatador para diferentes utentes, sendo administrado através de câmara expansora individual. Esta prática suscitou relativamente ao controlo de infeção, o que motivou a reflexão e consulta do PPCIRA da instituição, que referiu não existir norma ou circular interna que regulamente especificamente esta prática. Contudo, foi indicado que a sua utilização é considerada segura, atendendo à válvula unidirecional na câmara expansora, a qual impede a contaminação do fármaco pressurizado. Não obstante, procurei aprofundar esta questão junto do PPCIRA da minha instituição e de uma entidade farmacêutica, tendo dado parecer de que o fármaco se destina apenas a uso individual, não estando estabelecida a segurança da sua utilização em múltiplos utentes (Anexo IX). Adicionalmente, identificou-se como limitação a inexistência de evidência científica robusta que valide esta prática, reforçando a necessidade de investigação científica nesta área. Ainda assim, esta experiência contribuiu para o desenvolvimento da competência *“Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS e resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica”* (Regulamento n.º 429/2018, 2028, p. 19364), evidenciada pela adoção de uma postura proativa na procura de evidência científica atualizada e na análise crítica das práticas instituídas, sustentando a promoção de práticas seguras.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

3. IMPACTO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA INTERPROFISSIONAL EM SUPORTE AVANÇADO DE VIDA, NA LIDERANÇA E GESTÃO DE TAREFAS DE ENFERMEIROS E MÉDICOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

A Parte II do presente relatório apresenta o estudo de investigação desenvolvido, que analisa o impacto da simulação clínica interprofissional, em cenários de suporte avançado de vida, na liderança e gestão de tarefas de enfermeiros e médicos num serviço de urgência médico-cirúrgica, da região centro de Portugal. O desenvolvimento deste estudo segue as orientações e normas de publicação de artigos científicos de uma Revista Científica Internacional.

RESUMO

Enquadramento: A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) constitui uma das principais causas de mortalidade mundial, exigindo uma resposta eficaz e coordenada das Equipas Interprofissionais (EI) em contexto de Suporte Avançado de Vida (SAV). Para além das competências técnicas, as Competências Não Técnicas (CNT), nomeadamente a liderança e a gestão de tarefas, são determinantes na qualidade das intervenções e nos *outcomes* da Pessoa em Situação Crítica (PSC). A Simulação Clínica Interprofissional (SCI) tem emergido como uma estratégia relevante para o seu desenvolvimento. Contudo, persistem lacunas quanto ao impacto no desempenho da EI em contexto real.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, realizado num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da região Centro de Portugal. A amostra não probabilística integrou 20 participantes (Enfermeiros e Médicos). A colheita de dados ocorreu durante sessões de SCI *in situ*, com cenários de SAV, sendo as CNT (liderança e gestão de tarefas) avaliadas através do instrumento *Team Emergency Assessment Measure*, por análise diferida de gravações audiovisuais. Os dados foram tratados com recurso ao *Statistical package for Social Sciences*. A análise estatística inclui testes não paramétricos (Wilcoxon, Mann-Whitney e correlação de Spearman), considerando um nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: Verificou-se um desempenho inferior na dimensão da liderança, comparativamente às restantes, em ambos os cenários. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os cenários nas dimensões avaliadas ($p > 0,05$), excetuando a avaliação global da EI, que apresentou variação significativa no Cenário 2 ($Z = -2,111$; $p = 0,035$). Identificaram-se diferenças significativas em função do grupo profissional, habilitações académicas e formação em SAV certificada, associadas a melhor desempenho das CNT ($p < 0,05$). Observaram-se ainda correlações positivas entre a idade e as dimensões da liderança e da gestão de tarefas ($p < 0,05$).

Conclusão: A SCI constitui um método de ensino relevante no desenvolvimento das CNT em contexto de SAV, permitindo identificar fragilidades e promover a melhoria do desempenho das EI. A ausência de ganhos significativos após uma sessão de SCI pontual reforça a necessidade de programas formativos contínuos e sistematizados. A sua integração em contexto de Serviço de Urgência poderá traduzir-se na otimização da resposta à PCR e na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados à PSC.

Palavras-Chave: Competências Não Técnicas, Enfermeiros, Equipe Multiprofissional, Gestão de Tarefas, Liderança, Serviço Hospitalar de Emergência, Suporte Avançado Cardíaco de Vida, Treinamento por Simulação

ABSTRACT

Background: Cardiac Arrest (CA) is one of the leading causes of mortality worldwide, requiring an effective and coordinated response from Interprofessional Teams (IT) in the context of Advanced Cardiac Life Support (ACLS). In addition to technical skill, Non-Technical Skills (NTS), particularly leadership and task management, play a critical role in the quality of interventions and in patient outcomes in critically ill individuals. Interprofessional Clinical Simulation (ICS) has emerged as a relevant strategy for the development of these skills. However, gaps remain regarding its impact on IT performance in real clinical settings.

Methods: A quantitative, descriptive, and correlational study was conducted in a medical-surgical emergency department in the central region of Portugal. A non-probabilistic sample included 20 participants (Nurses and Physicians). Data were collected during in situ ICS sessions involving ACLS scenarios. NTS (leadership and task management) were assessed using the Team Emergency Assessment Measure through retrospective analysis of audiovisual recordings. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences. Statistical analysis included non-parametric tests (Wilcoxon, Mann-Whitney, and Spearman's correlation), with a significance level set at $p < 0,05$.

Results: The leadership dimension showed lower scores compared to the other domains across both scenarios. No statistically significant differences were observed between scenarios in the assessed dimensions ($p > 0,05$), except for the overall IT performance, which showed a significant variation in the second scenario ($Z = -2,111$; $p = 0,035$). Significant differences were identified according to professional group, academic qualifications, and certified ACLS training, all associated with better performance in NTS ($p < 0,05$). Positive correlations were also found between age and the leadership and task management dimensions ($p < 0,05$).

Conclusions: ICS is a relevant educational method for the development of NTS in ACLS contexts, enabling the identification of performance gaps and supporting improvements in IT performance. The absence of significant gains following a single ICS session highlights the need for continuous and structured training programs. Its integration into emergency department settings may contribute to optimizing the response to CA and to improving the safety and quality of care for critically ill individuals.

Keywords: Advanced Cardiac Life Support, Emergency Hospital Service, Interdisciplinary Health Team, Leadership, Non-Technical Skills, Nurses, Simulation Training, Task Management.

3.1. INTRODUÇÃO

A morte súbita cardíaca, frequentemente manifestada como Paragem Cardiorrespiratória (PCR), constitui uma problemática determinante na mortalidade mundial, sendo responsável por cerca de 15 a 20% da mortalidade global, evidenciando um problema *major* de saúde pública [1]. Na Europa, estima-se que a incidência anual da PCR intra-hospitalar se situa entre 1,5 e 2,8 eventos por cada 1000 admissões hospitalares [2]. Por sua vez, em Portugal, dados da Fundação Portuguesa de Cardiologia, publicados em 2021, indicam que cerca de 10 000 pessoas são vítimas de PCR anualmente [3]. Globalmente, a PCR é consistentemente descrita como uma das principais causas de morte em estudos epidemiológicos contemporâneos, refletindo um impacto significativo nos sistemas de saúde [2].

O Suporte Avançado de Vida (SAV) integra um conjunto de Competências Técnicas (CT) e Competências Não Técnicas (CNT), ambas determinantes na recuperação de pessoas em PCR. Tradicionalmente, a prática clínica dos profissionais de saúde tem privilegiado o domínio das CT, nomeadamente compressões torácicas, reconhecimento de ritmos cardíacos, desfibrilhação, abordagem da via aérea e administração de fármacos, enquanto elementos centrais durante a Reanimação Cardiopulmonar (RCP). Por outro lado, a evidência científica atual demonstra que esta perspetiva é redutora, evidenciando que as CNT influenciam diretamente a eficácia das intervenções durante a RCP, contribuindo para a melhoria dos *outcomes* clínicos em contextos hospitalares complexos [4]. As CNT integram capacidades cognitivas e interpessoais essenciais, como a capacidade de liderança, o trabalho de equipa, a gestão de tarefas e a comunicação interpessoal [5]. Presentemente, a evidência científica indica que limitações no desempenho de CNT estão associadas a cerca de 70 a 80% dos erros em cuidados de saúde [5], destacando a liderança inadequada como um dos principais fatores associados, particularmente em situações de elevada exigência e *stress*, como no contexto de SAV [6].

Neste contexto, Médicos e Enfermeiros membros da Equipa Interprofissional (EI) de organizações internacionais de referência, integradas no *International Liaison Committee On Resuscitation* (ILCOR), nomeadamente a *American Heart Association*, a *European Resuscitation Council* (ERC) e a *International Federation of Red Cross*, desenvolveram recomendações que estruturam uma orientação estratégica no atendimento à Pessoa em Situação Crítica (PSC), com a finalidade de promover a uniformização e a melhoria da qualidade do atendimento em situações de PCR [7]. Por sua vez, a ILCOR reconhece a educação e a formação eficaz como estratégias determinantes para a melhoria do desempenho das EI em situações de PCR, com consequente impacto no *outcome* da PSC. Neste sentido, declara-se a necessidade da criação de programas de educação e treino de SAV, valorizando a simulação clínica interprofissional como estratégia central na qualificação das equipas [7].

A utilização de cenários de simulação é reconhecida como uma metodologia de ensino inovadora na formação de enfermeiros e de equipas de saúde interprofissionais, promovendo uma aprendizagem baseada na experiência e permitindo o desenvolvimento integrado de CT e CNT [8]. Atualmente, a simulação tem vindo a ser cada vez mais utilizada destacando-se como um método de referência relevante na otimização do trabalho de equipa, particularmente nos contextos de elevada complexidade [9]. Por sua vez, a simulação clínica tem demonstrado um impacto significativo na prevenção de erros em contextos críticos, contribuindo simultaneamente para a eficácia e segurança das intervenções interdependentes em contexto profissional [8,10].

Em contextos de elevada complexidade, o sucesso do SAV assenta no domínio perfeito de conhecimentos técnico-científicos e competências, destacando-se a relevância das CNT, cujo *know-how* e *expertise* devem ser

amplamente valorizados pela EI, atendendo à sua particular importância para a RCP [11]. Contudo, os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) continuam a evidenciar limitações no que respeita à capacitação interprofissional. Tal realidade traduz-se na inexistência de treino sistematizado baseado na simulação clínica do contexto de SAV, nomeadamente na Sala de Emergência (SE).

A evidência científica demonstra que a simulação clínica interprofissional *in situ* promove uma aprendizagem orientada pelo contexto real da prestação de cuidados, com exposição direta ao ambiente físico, aos equipamentos e às especificidades organizacionais da SE [12]. Neste enquadramento, a participação da EI em cenários simulados representativos da realidade permite não só uma preparação mais eficaz para o contexto clínico, como também uma identificação mais precisa e detalhada das dificuldades e limitações existentes. Neste sentido, a simulação clínica interprofissional contribui para o treino e para a otimização do desempenho da EI, particularmente no domínio das CNT, promovendo simultaneamente uma cultura de segurança, determinante para o alto desempenho da equipa e para a eficácia da sua resposta em situações de emergência no âmbito do SAV [10,12,13].

Nos serviços de urgência e emergência, a implementação de medidas de SAV ocorre de forma frequente, exigindo uma resposta imediata e estruturada da EI, sendo a qualidade da sua coordenação determinante para a eficácia das manobras de SAV. Não obstante, o desempenho das intervenções durante a RCP é influenciado por múltiplos fatores, incluindo as características individuais dos elementos da EI, a experiência prévia e o domínio das CNT e CT [14]. Na prática, persistem limitações no domínio de CNT, designadamente na liderança e na gestão de tarefas, comprometendo o desempenho da EI e constituindo desafios relevantes para o sucesso das manobras de SAV, podendo refletir-se num aumento da incidência da mortalidade [6]. A evidência científica recente reforça esta problemática, demonstrando que as próprias EI reconhecem a existência de barreiras nestas competências, destacando-se, entre as principais limitações, a ausência de instruções claras por parte do líder durante a RCP e a inadequada gestão e conclusão de tarefas [6].

Em contextos de SAV, as equipas especializadas caracterizam-se, tipicamente, por um elevado nível de CNT, com particular domínio na liderança [15], a qual assume um papel estruturante na organização, coordenação e eficácia da resposta da equipa, estando associada a melhores *outcomes* e ao sucesso da RCP [16, 17]. De forma geral, a função de líder é assumida por um Médico ou por um elemento da EI com maior experiência no contexto de SAV. Contudo, a evidência demonstra que, nas situações em que o médico presente apresenta menor experiência, a liderança exercida por Enfermeiros competentes é igualmente eficaz [5]. Por outro lado, uma liderança ineficaz tem sido associada a um menor desempenho na RCP, evidenciando-se falhas na comunicação e maiores taxas de erros durante a atuação da EI [18]. Desta forma, a ausência de um líder claramente definido ou a presença de um líder ineficaz compromete a organização da EI, ao inviabilizar o desempenho das funções nucleares inerentes a este papel. Entre estas, incluem-se a coordenação da EI, a supervisão contínua das intervenções e tarefas, a orientação da EI sempre que necessário e, de forma pontual, a colaboração direta na prestação de cuidados [19].

Paralelamente, uma gestão de tarefas inadequada e desorganizada compromete a articulação entre os elementos da EI, podendo originar atrasos ou mesmo omissão de intervenções críticas [20]. Neste sentido, a evidência científica evidencia que, durante o SAV, a necessidade de responder simultaneamente a múltiplas tarefas pode conduzir a interrupções frequentes das manobras, traduzindo-se na redução do tempo efetivo necessário às intervenções emergentes [20].

Esta problemática destaca a necessidade premente de reforçar a oferta de formação profissional, com particular destaque para a simulação clínica, enquanto estratégia estruturada para o desenvolvimento de CNT e CT [8]. A evidência científica demonstra que a formação baseada simulação clínica melhora significativamente o desempenho da EI no contexto de SAV, nomeadamente no que respeita à liderança e gestão de tarefas, dimensões alicerçadas no domínio das CNT [4]. Adicionalmente, a Organização Mundial da Saúde reforça que a educação interprofissional contribui para a otimização dos serviços de saúde, com impacto positivo nos *outcomes* clínicos, nomeadamente na redução das taxas de erro clínico e de mortalidade [21]. Neste sentido, a sua implementação assume-se como essencial para a melhoria da segurança e da qualidade da prestação de cuidados à PSC, promovendo intervenções mais eficazes e sustentadas na evidência científica.

Neste enquadramento, apesar do reconhecimento crescente da relevância da simulação clínica interprofissional para o desenvolvimento de CNT na EI em contextos de SAV, persistem lacunas no que respeita à sua operacionalização no contexto real. Desta forma, emerge a seguinte questão de investigação: “Qual é o impacto da simulação clínica interprofissional, em cenários de Suporte Avançado de Vida, na liderança e na gestão de tarefas de Enfermeiros e Médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica?”. Face a esta problemática, este estudo tem como objetivo analisar o impacto da simulação clínica interprofissional *in situ*, em cenários de Suporte Avançado de Vida, na capacidade de liderança e de gestão de tarefas de Enfermeiros e Médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

3.2. METODOLOGIA

3.2.1. Tipo de Estudo

O presente estudo trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva e correlacional. Teve como finalidade analisar o impacto da simulação clínica interprofissional *in situ*, em cenários de Suporte Avançado de Vida, na capacidade de liderança e de gestão de tarefas de Enfermeiros e Médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

3.2.2. Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 20 participantes, incluindo 16 (80%) Enfermeiros e 4 (20%) Médicos que exercem funções num SUMC da região Centro de Portugal. Os participantes foram incluídos através de um processo de adesão voluntária às sessões de simulação clínica, configurando uma amostra não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão definidos foram: prestação prévia de cuidados de enfermagem à PSC na SE; aceitação voluntária da participação no estudo, mediante assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido; participação nos cenários de simulação clínica interprofissional em contexto de SAV, desenvolvidos na SE do SUMC em estudo; e aceitação da gravação de imagem e som para efeitos de análise dos objetivos do estudo.

3.2.3. Instrumento de Colheita de Dados

A colheita dos dados sociodemográficos foi realizada através de um questionário, disponibilizado aos participantes do estudo (Enfermeiros e Médicos) através do *Forms*®. Este questionário permitiu obter dados relativos à idade, sexo, grupo profissional, habilitações académicas, tempo de experiência na prática de

Enfermagem e Medicina, tempo de experiência na prestação de cuidados à PSC e habilitação de formação certificada em SAV.

As CNT, nomeadamente a Liderança e Gestão de Tarefas, foram avaliadas através do *Team Emergency Assessment Measure* (TEAM), um instrumento de heteroavaliação observacional. O TEAM apresenta evidência consistente de fiabilidade na avaliação de CNT em contextos de emergência, tendo sido desenvolvido para avaliar o desempenho das equipas de emergência em contexto de RCP e, posteriormente, validado e amplamente utilizado em ambientes de simulação clínica [22].

O TEAM é composto por 11 questões organizadas em três dimensões: **liderança, trabalho de equipa e gestão de tarefas**. Cada questão (Q) é avaliada através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos (0-4), em que 0 corresponde a “Nunca/Quase nunca”, 1 a “Raramente”, 2 a “Aproximadamente na metade das vezes”, 3 a “Frequentemente” e 4 a “Sempre/Quase sempre”. O instrumento inclui ainda uma questão de avaliação global do desempenho da equipa – Q12 – classificada numa escala de 1 a 10.

A colheita de dados decorreu durante 4 sessões de simulação clínica de cenários de SAV, nas quais cada sessão envolvia 5 participantes. Cada sessão integrou 2 cenários: o Cenário 1 (C1) correspondente ao algoritmo de SAV para ritmo desfibrilável, e o Cenário 2 (C2), relativo ao algoritmo das taquicardias numa PSC instável, integrando adicionalmente a presença de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) com recusa de manobras de SAV.

Todas as sessões foram objeto de captação e gravação de áudio e vídeo, com o objetivo de assegurar uma avaliação mais rigorosa do desempenho dos participantes. As gravações foram eliminadas após o término do estudo, em conformidade com os princípios éticos e de proteção de dados.

O instrumento TEAM foi preenchido posteriormente por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) com mais de 5 anos de experiência em contexto de emergência, com base na análise diferida das gravações. A avaliação por um elemento externo às sessões de simulação e em momento distinto visou minimizar potenciais vieses e aumentar a objetividade dos resultados.

3.2.4. Procedimento de Análise de Dados

O tratamento e a análise dos dados foram realizados com recurso ao *Statistical package for Social Sciences* (SPSS), versão 31.0.0.0 (117). Foi realizada uma análise descritiva das variáveis, através do cálculo de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (DP, mínimo e máximo), de forma a caracterizar a amostra e os resultados obtidos no instrumento TEAM.

No que respeita à análise inferencial, foi previamente avaliada a normalidade da distribuição das variáveis através dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*. Atendendo à ausência de normalidade em várias dimensões, recorreram-se a testes estatísticos não paramétricos. Para a comparação dos resultados entre C1 e C2, recorreu-se aos testes de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas. A comparação entre grupos independentes (grupo profissional, habilitações académicas e formação SAV certificada) foi realizada através de testes de *Mann-Whitney*. Para análise da relação entre variáveis quantitativas (idade, tempo de experiência na prática de Enfermagem e Medicina e, tempo de experiência na prestação de cuidados à PSC) e as dimensões do instrumento TEAM, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. Em todas as análises estatísticas foi considerado um nível de significância de p igual ou inferior a 0,05.

3.2.5. Procedimentos Éticos e Formais

O presente estudo cumpriu todos os princípios éticos inerentes à investigação em saúde. A investigação foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética da instituição de saúde onde foi implementado o estudo, garantindo a conformidade com os requisitos éticos e legais aplicáveis. O consentimento informado foi obtido previamente à participação no estudo e à colheita de dados, incluindo a informação detalhada sobre os objetivos do estudo, procedimentos, confidencialidade e anonimato dos dados e o direito à desistência em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os participantes. Foi assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, sendo estes utilizados exclusivamente para fins de investigação e em conformidade com a legislação em vigor relativa à proteção de dados.

3.3. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 20 participantes, com uma idade média de 32 anos ($31,6 \pm 5,716$), variando entre um mínimo de 25 e um máximo de 44 anos. Relativamente ao sexo, verificou-se uma predominância do sexo feminino ($n=13$; 65,0%). No que respeita ao grupo profissional, a maioria dos participantes era construída por enfermeiros ($n=16$; 80,0%), sendo os restantes médicos ($n=4$; 20,0%). Quanto às habilitações académicas, 13 participantes (65,0%) possuíam licenciatura e 7 (35,0%) detinham grau de mestrado. No que concerne à especialização, 15 participantes (75,0%) não eram especialistas, dos quais, a maioria eram EEEMCPSC ($n=3$; 60,0%), seguido de especialidade em Medicina Interna ($n=1$; 20,0%) e de Urgência e Emergência ($n=1$; 20,0%). Relativamente ao tempo de experiência profissional, a média foi de 8 anos ($8,4 \pm 5,113$), sendo o profissional mais novo há 4 anos e o mais experiente há 22 anos. No que diz respeito à experiência na prestação de cuidados à PSC, a média foi de 6 anos ($6,1 \pm 4,678$) de prática, com profissionais a trabalhar há 21 anos no âmbito da PSC. Quanto à formação em SAV, a maioria dos participantes referiu possuir formação certificada ($n=15$; 75,0%), formação realizada predominantemente em 2022 ($n=6$; 40,0%).

No C1, correspondente ao primeiro momento de simulação clínica, a avaliação das CNT pelo TEAM mostrou que, na dimensão da **liderança**, os itens “1. O líder da equipe informou aos integrantes o que se esperava deles por meio de instruções e comandos.” e “2. O líder da equipe manteve uma perspetiva global.” concentraram a maioria das respostas em “Nunca/Quase nunca” ($n=14$; 70,0%), seguida de “Aproximadamente na metade das vezes” ($n=3$; 15,0%) e “Raramente” ($n=2$; 10,0%).

Na dimensão do **trabalho em equipa**, o item “3. A equipe se comunicou de forma eficiente.” apresentou distribuição mais heterogénea, com predominância de “Aproximadamente na metade das vezes” e “Frequentemente” ($n=7$; 35,0% em ambos). Nos itens “4. A equipe trabalhou em conjunto para completar as tarefas em tempo hábil” e “5. A equipe agiu com postura e controle.”, prevaleceu “Frequentemente” ($n=13$; 65,0% e $n=11$; 55,0%, respetivamente), enquanto no item “6. O moral da equipe foi positivo.” predominou “Aproximadamente na metade das vezes” ($n=9$; 45,0%), seguido de “Raramente” ($n=6$; 30,0%). Ainda nesta dimensão, o item “7. A equipe se adaptou a situações mutáveis.” apresentou predominância de “Frequentemente” ($n=13$; 65,0%), e o item “8. A equipe monitorou e reavaliou a situação?” distribuiu-se equitativamente entre “Raramente”, “Aproximadamente na metade das vezes” e “Frequentemente” ($n=6$; 30,0%), com menor frequência em “Sempre/Quase sempre” ($n=2$; 10,0%). No item “9. A equipe antecipou possíveis ações.”, a categoria mais frequente foi “Frequentemente” ($n=8$; 40,0%), seguida de “Aproximadamente na metade das vezes” ($n=6$; 30,0%).

Na dimensão da **gestão de tarefas**, o item “10. A equipe priorizou tarefas.” apresentou maior frequência em “Frequentemente” (n=8; 40,0%), seguido de “Raramente” (n=6; 30,0%) e “Aproximadamente na metade das vezes” (n=5; 25,0%). Já no item “11. A equipe seguiu protocolos e diretrizes aprovados.”, a maioria das respostas situou-se em “Frequentemente” (n=12; 60,0%), seguida de “Aproximadamente na metade das vezes” (n=7; 35,0%).

No C2, a avaliação das CNT pelo TEAM evidenciou que, na dimensão da **liderança**, os itens “1. O líder da equipe informou aos integrantes o que se esperava deles por meio de instruções e comandos.” e “2. O líder da equipe manteve uma perspetiva global.” concentraram a maioria das respostas em “Nunca/Quase nunca” (75,0%; n=15).

Na dimensão do **trabalho em equipa**, o item “3. A equipe se comunicou de forma eficiente.” apresentou maior frequência em “Frequentemente” (45,0%; n=9), enquanto os itens “4. A equipe trabalhou em conjunto para completar as tarefas em tempo hábil” e “7. A equipe se adaptou a situações mutáveis.” tiveram predominância de “Frequentemente” (70,0%; n=14, em ambos). No item “5. A equipe agiu com postura e controle.”, a resposta mais frequente foi “Aproximadamente na metade das vezes” (50,0%; n=10), seguida de “Frequentemente” (40,0%; n=8), e no item “6. O moral da equipe foi positivo.” predominou igualmente “Aproximadamente na metade das vezes” (55,0%; n=11). Ainda nesta dimensão, o item “8. A equipe monitorou e reavaliou a situação?” distribuiu-se sobretudo entre “Aproximadamente na metade das vezes” (35,0%; n=7), “Frequentemente” (20,0%; n=4) e “Raramente” (20,0%; n=4), enquanto no item “9. A equipe antecipou possíveis ações.” prevaleceu “Aproximadamente na metade das vezes” (50,0%; n=10), seguida de “Frequentemente” (25,0%; n=5).

Na dimensão da **gestão de tarefas**, o item “10. A equipe priorizou tarefas.” apresentou predominância de “Aproximadamente na metade das vezes” (45,0%; n=9), seguida de “Frequentemente” (35,0%; n=7), ao passo que no item “11. A equipe seguiu protocolos e diretrizes aprovados.” a categoria mais frequente foi “Frequentemente” (55,0%; n=11), seguida de “Aproximadamente na metade das vezes” (40,0%; n=8).

Na comparação entre o C1 e o C2, verificou-se que, na dimensão da **liderança**, a distribuição das respostas manteve-se semelhante, com predominância na categoria “Nunca/Quase nunca” em ambos os momentos de simulação clínica (C1: 70,0%; C2: 75,0%). Na dimensão do **trabalho em equipa**, observou-se uma tendência para maior concentração de respostas nas categorias intermédias e superiores no C2, em particular, no item “3. A equipe se comunicou de forma eficiente.” verificou-se um aumento da frequência em “Frequentemente” (C1: 35,0%; C2: 45,0%), e no item “4. A equipe trabalhou em conjunto para completar as tarefas em tempo hábil” manteve-se a predominância nesta categoria (C1: 65,0%; C2: 70,0%). No item “7. A equipe se adaptou a situações mutáveis.”, a categoria “Frequentemente” também se verificou maior frequência no C2 (C1: 65,0%; C2: 70,0%). Por outro lado, nos itens “8. A equipe monitorou e reavaliou a situação?” e “9. A equipe antecipou possíveis ações.”, constatou-se maior concentração na categoria “Aproximadamente na metade das vezes” no C2 (Q8: 35,0%; Q9: 50,0%), comparativamente ao C1. Relativamente à dimensão da **gestão de tarefas**, no item “10. A equipe priorizou tarefas.” observou-se uma distribuição mais centrada na categoria “Aproximadamente na metade das vezes” no C2 (45,0%), enquanto em C1 predominava “Frequentemente” (40,0%). No item “11. A equipe seguiu protocolos e diretrizes aprovados.”, a categoria “Frequentemente” manteve-se predominante em ambos os cenários de simulação clínica, embora com menor frequência no C2 (C1: 60,0%; C2: 55,0%).

Os resultados obtidos no instrumento TEAM, por dimensão e por questão, nos dois cenários de simulação clínica interprofissional (C1 e C2), encontram-se apresentados na Tabela 1. De forma global, os valores médios observados evidenciaram variações entre os cenários, mantendo-se, contudo, intervalos próximos. Destacam-se três aspetos principais: valores consistentemente mais baixos na dimensão da liderança em ambos os cenários, evidenciando esta como a dimensão menos pontuada; resultados mais elevados e homogêneos nas dimensões do trabalho de equipa e gestão de tarefas, com médias globalmente superiores e menor variabilidade; e uma ligeira diminuição da pontuação total TEAM do C1 para o C2 (4,80 vs. 4,25), demonstrando uma redução global do desempenho percecionado em C2. De uma forma geral, as médias das questões variaram entre 0,50 e 2,65, com DP entre 0,587 e 1,210.

Tabela 1- Estatística descritiva dos resultados do instrumento TEAM, por dimensão, nos cenários de simulação clínica interprofissional

DIMENSÃO	Questão	n	C1		C2	
			Média	DP	Média	DP
Liderança	1	20	0,60	1,095	0,50	0,946
	2		0,60	1,095	0,55	1,050
Trabalho em Equipa	3		2,15	0,988	2,25	0,851
	4		2,60	0,598	2,65	0,587
	5		2,40	0,754	2,40	0,821
	6		1,85	0,933	1,85	0,875
	7		2,60	0,598	2,65	0,587
	8		2,20	1,005	1,90	1,210
	9		2,20	1,005	2,10	0,912
	10		2,20	0,951	2,10	0,852
Gestão de Tarefas	11		2,70	0,571	2,50	0,607
Total TEAM	12		4,80	1,473	4,25	1,482

Legenda: C1 – Cenário de Simulação Clínica 1; C2 – Cenário de Simulação Clínica 2; DP – Desvio Padrão; n – Número de participantes.

Antes da realização da análise inferencial, procedeu-se à avaliação da normalidade das variáveis através dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*, tendo-se verificado a ausência de uma distribuição normal. Face a estes resultados, recorreu-se aos testes não paramétricos de *Wilcoxon* para a comparação entre o C1 e C2. Tendo em consideração os resultados obtidos, constatou-se que nenhuma das três dimensões, apresenta diferenças estatisticamente significativas entre o momento C1 e C2. Apenas é possível evidenciar essa diferença estatística no que respeita à avaliação do desempenho global da equipa interprofissional (Q12), ($Z = -2,111$; $p = 0,035$), onde se observaram 7 classificações negativas ($Q12C2 < Q12C1$), 2 classificações positivas ($Q12C2 > Q12C1$) e 11 empates ($Q12C1 = Q12C2$). As classificações negativas apresentaram um Posto Médio (PM) de 5,71, enquanto as classificações positivas apresentaram um PM de 2,50.

Os resultados da análise comparativa, apresentados na Tabela 2, evidenciam diferenças estatisticamente significativas em função do grupo profissional, habilitações académicas e formação SAV certificada dos participantes. Destacam-se três aspetos principais: verificaram-se diferenças consistentes entre os grupos profissionais, com os médicos a apresentarem valores superiores na dimensão da liderança no C1 e C2 ($p = 0,001$), bem como diferenças no trabalho em equipa e na avaliação global, particularmente no C2; as habilitações académicas mostraram associação significativa com o desempenho, com participantes com grau de mestrado a evidenciarem valores mais elevados nas dimensões da liderança e trabalho de equipa, em ambos os cenários; e a formação certificada em SAV revelou impacto significativo, sobretudo nas dimensões do trabalho em equipa e gestão de tarefas, assim como na avaliação global, com melhores resultados nos participantes com formação SAV certificada.

Tabela 2 - Análise comparativa dos resultados obtidos no instrumento TEAM, em função do Grupo Profissional, Habilitações Académicas e Formação SAV Certificada, nos cenários de simulação clínica interprofissional, com recurso ao Teste de Mann-Whitney

DIMENSÃO	CENÁRIO	GRUPO PROFISSIONAL				HABILITAÇÕES ACADÉMICAS				FORMAÇÃO SAV CERTIFICADA			
		U	p	PM		U	p	PM		U	p	PM	
				Enf	Med			Lic	Mes			S	N
Liderança	C1	0,500*	0,001	8,53	18,38	23,000*	0,028	8,77	13,71	30,000	0,419	11,00	9,00
	C2	0,500*	0,001	8,53	18,38	13,000*	0,001	8,00	15,14	25,000	0,151	11,33	8,00
Trabalho em Equipa	C1	16,000	0,127	9,50	14,50	17,000*	0,023	8,31	14,57	10,000*	0,015	12,33	5,00
	C2	8,500*	0,025	9,03	16,38	17,500*	0,026	8,35	14,50	14,000*	0,039	12,07	5,80
Gestão de Tarefas	C1	12,500	0,054	9,28	15,38	28,000	0,147	9,15	13,00	2,000*	0,001	12,87	3,40
	C2	10,000*	0,020	9,13	16,00	34,000	0,306	9,62	12,14	14,000*	0,021	12,07	5,80
Avaliação Global	C1	12,000*	0,049	8,81	17,25	23,000	0,064	8,12	14,93	8,000*	0,007	12,67	4,00
	C2	5,000*	0,008	8,53	18,38	18,000*	0,024	8,04	15,07	11,000*	0,016	12,33	5,00

Legenda: C1 – Cenário de Simulação Clínica 1; C2 – Cenário de Simulação Clínica 2; Enf – Enfermeiros; Lic – Licenciatura; Med – Médicos; Mes – Mestrado; N – Não; p – Nível de significância; PM – Posto Médio; S – Sim; U - Teste de Mann-Whitney

No que respeita à análise de correlações, verificou-se a existência de associações positivas estatisticamente significativas entre a maioria das dimensões avaliadas do TEAM, tanto no momento do C1 e C2. Destaca-se que a idade apresentou correlação positiva estatisticamente significativa com a liderança, no C1 ($\rho=0,487$; $p=0,030$) e no C2 ($\rho=0,531$; $p=0,016$), e com o trabalho em equipa, em ambos os cenários ($\rho=0,599$; $p=0,005$; e $\rho=0,586$; $p=0,007$, respetivamente C1 e C2) (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação de Spearman entre a Idade, o Tempo de Experiência na Prática de Enfermagem e o Tempo de Experiência na Prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica, em função os resultados obtidos no instrumento TEAM, por dimensão, nos cenários de simulação clínica interprofissional

DIMENSÃO	CENÁRIO	Idade		Tempo de Experiência na Prática de Enfermagem e Medicina		Tempo de Experiência na Prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica	
		ρ	p	ρ	p	ρ	p
Liderança	C1	0,487	0,030*	0,048	0,842	0,069	0,773
	C2	0,531	0,016*	0,214	0,365	0,181	0,445
Trabalho em Equipa	C1	0,599	0,005*	0,405	0,077	0,216	0,359
	C2	0,586	0,007*	0,326	0,161	0,159	0,504
Gestão de Tarefas	C1	0,372	0,106	0,183	0,440	0,209	0,377
	C2	0,450	0,046*	0,128	0,565	0,211	0,371
Avaliação Global	C1	0,437	0,054	0,284	0,226	0,247	0,293
	C2	0,539	0,014*	0,346	0,135	0,269	0,252

Legenda: C1 – Cenário de Simulação Clínica 1; C2 – Cenário de Simulação Clínica 2; p – Nível de significância; ρ - Coeficiente de Correlação de Spearman; * – Diferença estatisticamente significativa

No que respeita às correlações entre as dimensões do TEAM, registaram-se correlações positivas estatisticamente significativas entre a liderança, trabalho de equipa e gestão de tarefas, tanto no C1, como no C2. Em particular, verificaram-se associações entre a liderança, no C1, e o trabalho de equipa, no C1 ($\rho=0,491$; $p=0,028$); entre a liderança, no C2, e o trabalho de equipa, no C1 e no C2 ($\rho=0,514$; $p=0,020$ e $\rho=0,461$; $p=0,041$, respetivamente); entre o trabalho de equipa, no C1, e a gestão de tarefas, no C1 e no C2 ($\rho=0,696$; $p=0,001$ e $\rho=0,495$; $p=0,027$). Adicionalmente, observaram-se correlações positivas elevadas entre as pontuações totais do TEAM e as respetivas dimensões, tanto no C1 como no C2.

3.4. DISCUSSÃO

A metodologia pedagógica de simulação clínica configura-se como uma estratégia promissora para a promoção do desenvolvimento de conhecimento e competências [23]. Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam que, apesar da implementação da SCI *in situ* no contexto de SAV, não se verificaram melhorias significativas no desempenho global das CNT, observando-se, inclusive, uma diminuição estatisticamente significativa na avaliação global da equipa entre o C1 e o C2. Este facto contraria a evidência científica que sustenta o impacto positivo da SCI no desenvolvimento de CNT, particularmente na liderança e gestão de tarefas [4,12], sugerindo que a exposição pontual a cenários de simulação clínica pode revelar-se insuficiente para promover mudanças consistentes no desempenho da EI.

Um dos achados mais relevantes deste estudo foi o desempenho consistentemente reduzido na dimensão da liderança, observado em ambos os cenários. Verificou-se uma predominância de avaliações mais baixas no instrumento TEAM, designadamente “Nunca/Quase nunca” (70%), com média de 0,60 e desvio-padrão 1,095. Este resultado assume particular relevância, uma vez que a liderança é amplamente reconhecida como um elemento estruturante e crucial para a eficácia da RCP. A evidência científica demonstra que a liderança influencia diretamente o desempenho da EI com impacto na melhoria dos resultados em saúde e na segurança da PSC, perante contextos altamente complexos [16,17]. A ausência de melhoria nesta dimensão, sobretudo, no C2, poderá refletir fragilidades relacionadas com a escassa formação dirigida à CNT da liderança. De facto, a evidência demonstra que a SCI contribui para a melhoria da liderança num contexto real [24]. Adicionalmente, este resultado poderá também estar associado com a necessidade de formação e treino regulares através de SCI. Este achado está alinhado com as recomendações da ILCOR, que preconizam a realização do treino específico da liderança em RCP [4] e destaca a importância da implementação de programas de educação e de treino contínuo e sistematizado em SAV, valorizando a SCI como estratégia para a qualificação das EI [4,7].

O estudo revelou a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os cenários 1 e 2 na maioria das dimensões avaliadas, sugerindo homogeneidade no desempenho das EI, corroborada pelas correlações elevadas entre C1 e C2. Este resultado poderá indicar que o desempenho em CNT tende a ser relativamente consistente a curto prazo, tendo a SCI pouco impacto através de sessões isoladas. Por outro lado, a diminuição da avaliação global no C2 ($4,25 \pm 1,482$) comparativamente a C1 ($4,80 \pm 1,473$), poderá ser explicada por múltiplos fatores. Destacam-se a elevada sobrecarga cognitiva e o stress [25], a maior complexidade do algoritmo SAV praticado, a insuficiência de treino prévio. Adicionalmente, a curta duração das sessões de SCI e o facto de se tratar de uma sessão de isolada no contexto profissional poderão ter limitado a consolidação das CNT. Estes fatores, em conjunto, poderão ter contribuído para um impacto negativo no desempenho da EI, evidenciando pela diferença estatisticamente significativa observada.

No que respeita às diferenças entre os grupos profissionais, os médicos apresentaram desempenhos significativamente superiores na dimensão da liderança em ambos os cenários, o que corrobora a evidência científica, que identifica estes profissionais de saúde como líderes frequentes em contexto de SAV [5,19]. Contudo, importa salientar que a evidência demonstra que enfermeiros com a formação e experiência possuem a capacidade de assumir eficazmente a liderança da EI [5,17]. Desta forma, os resultados obtidos poderão refletir não apenas diferenças de competência, mas também a influência de fatores culturais, organizacionais e hierárquicos que condicionam a atribuição deste papel ao enfermeiro, refletindo a

necessidade de promover modelos interprofissionais contemporâneos, centrados em competências e não na pertença ao grupo profissional.

Relativamente às habilitações académicas e a formação SAV certificada, os resultados evidenciam que níveis mais elevados de formação académica, bem como a certificação do SAV, estão associadas a um melhor desempenho de CNT. Estes resultados estão em consonância com a evidência que sustenta o impacto positivo da educação e da formação no desenvolvimento de competências relacionadas com o SAV [4,21]. De forma mais específica, verificou-se que a detenção do grau de mestrado está associada a melhores desempenhos nas dimensões da liderança e do trabalho de equipa, apresentando diferenças estatisticamente significativas, quer no C1, quer no C2. Por outro lado, os resultados relativos à formação SAV certificada sugerem que esta certificação poderá implicar maior impacto na avaliação global e no desenvolvimento de competências colaborativas, nomeadamente na gestão de tarefas e no trabalho de equipa, em comparação com a competência de liderança. Embora estes resultados sejam expectáveis à luz do conhecimento existente, a sua confirmação empírica neste contexto reforça a relevância de investir na educação e na formação como estratégias fundamentais para a melhoria do desempenho da EI, com implicações diretas na qualidade da prestação de cuidados [4,8]. Paralelamente, a evidência científica demonstra que o desenvolvimento de CNT, em particular a liderança e a gestão de tarefas, está associado a melhores resultados e a melhor desempenho da EI em contextos de PCR [7,16,17].

Um achado particularmente relevante deste estudo prende-se com a correlação positiva observada entre a idade dos participantes e o seu desempenho nas diferentes dimensões do TEAM, contrastando com a ausência de correlações estatisticamente significativas com o tempo de experiência na prática de enfermagem e medicina e com o tempo de experiência na prestação de cuidados à PSC. De forma consistente verificaram-se correlações positivas estatisticamente significativas entre a idade e as diferentes dimensões do TEAM. Estes resultados sugerem que fatores individuais, como a maturidade, desenvolvimento pessoal e competências relacionais, inerentes ao aumento da idade, poderão representar uma influência mais significativa no desempenho das CNT, comparativamente com o tempo de experiência dos participantes. Esta evidência reforça a perspetiva de que as CNT não são adquiridas exclusivamente através da prática clínica, emergindo a necessidade de metodologias formativas específicas, em particular a SCI, para promover o seu desenvolvimento, treino e consolidação [26].

A análise das correlações entre as diferentes dimensões do instrumento TEAM, realizada através do coeficiente de correlação de *Spearman*, evidenciou uma forte ligação entre a liderança, o trabalho de equipa e a gestão de tarefas, verificando-se correlações positivas, maioritariamente moderadas a muito fortes, estatisticamente significativas entre a maioria das dimensões, tanto no C1, como no C2. Estes resultados sugerem que as CNT se manifestam de forma integrada e sinérgica, evidenciando que a existência de melhoria numa determinada dimensão tende a repercutir-se positivamente nas restantes. Em particular, a associação entre a liderança e o trabalho de equipa reforça a importância do papel central de um líder na eficácia e organização da EI, perante a necessidade da rápida abordagem em contextos de risco de vida [18].

De uma forma global, os resultados deste estudo sugerem que, embora a SCI seja reconhecida como uma estratégia eficaz no desenvolvimento de CNT, a sua implementação isolada e pontual poderá não ser suficiente para obter resultados associados a melhorias significativas no desempenho das EI em contexto de SAV. Desta forma, torna-se fundamental a integração de programas de treino longitudinal, com repetição de cenários de simulação clínica com foco direcionado para o desenvolvimento de CNT.

3.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta um conjunto de limitações que importa considerar na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, destaca-se a dimensão reduzida da amostra ($n=20$) e a sua natureza não probabilística, por conveniência, o que limita a generalização dos resultados para outros contextos clínicos, EI e instituições de saúde. Adicionalmente, a predominância de enfermeiros relativamente a médicos poderá ter influenciado a análise comparativa entre os grupos profissionais. Em segundo lugar, o estudo foi desenvolvido num único SUMC, o que reflete um viés contextual, relacionado com especificidades organizacionais e a própria dinâmica da EI, condicionando a extrapolação dos resultados para outros serviços clínicos. Outra limitação prende-se com o carácter pontual das sessões de SCI. Este aspeto poderá ter sido insuficiente para promover o desenvolvimento das CNT, limitando a capacidade de identificar ganhos consistentes no desempenho da EI.

3.6. CONCLUSÃO DO ESTUDO

O presente estudo permitiu analisar o impacto da SCI *in situ* no desempenho de CNT em contexto de SAV, evidenciando resultados relevantes para a prática clínica e formativa. Embora não se tenham verificado melhorias estatisticamente significativas na maioria das dimensões avaliadas, os resultados sugerem que a SCI constitui um método de ensino inovador e pertinente, facilitador da identificação de fragilidades e da consciencialização das EI relativamente ao seu desempenho num contexto crítico. Adicionalmente, a SCI revela-se como estratégia promotora do desenvolvimento de CNT neste contexto, competências estas amplamente reconhecidas pela evidência científica como essenciais à enfermagem contemporânea.

Destaca-se o desempenho consistentemente inferior da EI na dimensão da liderança, identificando-se esta como a principal área de fragilidade, prioritária de intervenção, com implicações relevantes para a eficácia da abordagem em situações críticas e complexas. Este achado sugere que a implementação pontual de sessões de SCI poderá revelar-se insuficiente para promover mudanças consistentes no desempenho da EI. Em contrapartida, a dimensão da gestão de tarefas apresentou desempenhos mais elevados e homogéneos, sugerindo maior consolidação destas competências no âmbito do contexto analisado.

Adicionalmente, verificou-se que fatores como o grupo profissional, a formação académica e a formação SAV certificada influenciam significativamente o desempenho das CNT, reforçando a importância da formação contínua e estruturada no desenvolvimento destas competências. A correlação positiva entre a idade e o desempenho de CNT sugere, igualmente, que fatores individuais poderão potenciar uma abordagem mais eficaz, nomeadamente na dimensão da liderança e da gestão de tarefas, traduzindo-se em ganhos no desempenho global da EI.

Em síntese, os resultados sustentam a SCI como método de ensino com um potencial relevante, particularmente quando integrada em programas formativos contínuos e sistematizados. A sua implementação longitudinal, com foco específico no desenvolvimento de CNT, como a liderança e gestão de tarefas, poderá contribuir para a otimização do desempenho das EI e, consequentemente, para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados à PSC. Por conseguinte, a SCI *in situ* traduz-se em ganhos na promoção da eficácia da resposta da EI perante uma PCR, bem como na segurança e qualidade da prestação de cuidados à PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ESTUDO

1. Marijon E, Narayanan K, Smith K, Barra S, Basso C, Blom MT, et al. The Lancet Commission to Reduce the Global Burden of Sudden Cardiac Death: a Call for Multidisciplinary Action. *Lancet*. 2023;402(10405):883-936. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00875-9
2. Baldi E, Wnent J, Caputo ML, Haywood KL, Lijia G, Masterson S, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025: Epidemiology in Resuscitation. *Resuscitation*. 2025, 215(1): 110733. doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110733
3. Fundação Portuguesa de Cardiologia. Dados Estatísticos [Internet]. Lisboa: Fundação Portuguesa de Cardiologia; 2021 [citado 2026 Abr 15]. Disponível em: <https://www.fpcardiologia.pt/atividades/projeto-salva-vidas/dados-estatisticos/>
4. Farquharson B, Cortegiani A, Lauridsen K, Yeung J, Greif R, Nabecker S. Teaching Team Competencies within Resuscitation Training: A Systematic Review. *Resusc Plus*. 2024, 19:100687. doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100687
5. Nogueira AFC, Gonçalves JFD, Costa MA. Non-Technical Skills in Advanced Life Support: A Systematic Literature Review. *Rev Ibero-Am Saúde Envelhec*. 2021; 7(3). doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).497.401-421
6. Prakash P, Nayak KR, Devi ES, Chaudhuri S, Babu AS, Pai DR, et al. Unravelling Technical Domain Barriers and Non-Technical Skill Barriers Among Interprofessional Team During In-Hospital Cardiac Arrest: a Questionnaire-Based Survey. *Int J Emerg Med*. 2026; 19:97. doi.org/10.1186/s12245-026-01224-y
7. Nallamothu BK, Greif R, Anderson T, Atiq H, Couto TB, Considine J, et al. Ten Steps Toward Improving In-Hospital Cardiac Arrest Quality of Care and Outcomes. *Circ cardiovasc Qual Outcomes*. 2023; 16(11): e010491. doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.123.010491
8. Pucer P, Martinović K, Karnjuš I, Renko J. Development and Improvement of Non-Technical Skills in Interprofessional Healthcare Teams Through Simulation-Based Experiences: A Systematic Review. *Clin Simul Nurs*. 2025; 102:101726. doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101726
9. Peña MA, Álvarez CA. Clinical Simulation in a Health Education: a Systematic Review. *Investig Educ Enferm*. 2023; 41(2): e08. doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e08
10. Davies H, Gallagher O, Cole A, Crevacore C, Kang E, Jutsum K. Nursing and Medical Students' Views Before and After Participation in a Simulated Ward-Based Interprofessional Learning Activity: Na Exploratory Study. *Clin Simul Nurs*. 2024;97: 101632. doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101632
11. Hölzing CR, Ernst T, Wurmb T, Grundgeiger T, Meybohm P, Happel O. Evaluation of a Cognitive Aid Application to Improve Non-Technical Skills in Simulated Cardiopulmonary Resuscitation (CPR): A Randomised Controlled Trial. *Clin Pract*. 2026; 16:69. doi.org/10.3390/clinpract16040069
12. Cortegiani A, Ippolito M, Gómez CA, Nabecker S, Olaussen A, Lauridsen KG, et al. In Situ Simulation for Cardiopulmonary Resuscitation Training: A Systematic Review. *Resusc Plus*. 2025; 21:100863. doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100863
13. Ferguson MJ, Sampson C, Duff J, Green T. Integrated Simulations to Build Teamwork, Safety Culture and Efficient Clinical Services: A Case Study. *J Perioper Nurs*. 2022; 35(3): e-3e-8. doi.org/10.26550/2209-1092.1168
14. Sigaroudi AE, Pashaki NV, Cheraghi MA, Shirvani Y. Barriers and Facilitators for Interaction in Cardiopulmonary Resuscitation Teams: A Qualitative Study. *Int J Emerg Med*. 2025; 18:134. doi.org/10.1186/s12245-025-00955-8
15. Annese F, Versari R. Non-Technical Skills in Cardio-Respiratory Arrest: A Literature Review. *Scenario*. 2025; 42(1):592. doi.org/10.4081/scenario.2025.592
16. Aaber OR, Johannesen DTS, Moi EB, Frivold G, Jensen F, Haddeland K. Team Leader Communication in Ad Hoc Teams and Its Impact on Team Outcomes: A Systematic Review. *BMC Health Serv Res*. 2025; 25:780. doi.org/10.1186/s12913-025-12887-3
17. Jurd C, Barr J. Leadership Factors for Cardiopulmonary Resuscitation for Clinicians In-Hospital; behaviours, Skills, and Strategies: A Systematic Review and Synthesis Without Meta-Analysis. *J Clin Nurs*. 2024; 33: 3844-3853. doi.org/10.1111/jocn.17215
18. Zhang Y, Wang Y, Jiang MY, Sun X, Tang L. Effectiveness of Non-Technical Skills Training for Healthcare Professionals in Emergency Departments: A Systematic Review. *Scand J Trauma Resus Emerg Med*. 2026; 34:50. doi.org/10.1186/s13049-026-01574-9
19. Morriello F, Quirion J, Yee H, Narendrula R. Empowering Senior Medical Residents as Resuscitation Team Leaders. *BMC Med Educ*. 2025; 25:662. doi.org/10.1186/s12909-025-07240-5

20. Giri S, Gyeltshen D, Wangchuk N, Dorji K, Drakpa L, Wangdi S, et al. Improving Role Allocation for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) in the Emergency Department: a Quality Improvement Project. *BMJ Open Qual.* 2024; 13: e002870. doi:10.1136/bmjog-2024-002870
21. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d743ea4e-8c14-493c-b3a5-1a0022e6ce54/content>
22. Morian H, Härgestam M, Hultin M, Jonsson H, Jonsson K, Nordahl Amorøe T, et al. Reability and Validity Testing of Team Emergency Assessment Measure in a Distributed Team Context. *Front Psychol.* 2023; 14:1110306. doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1110306
23. Conti A, Bidoggia F, Daga FA, Ferraris A, Penso R, Piovan C, et al. Effectiveness of Low-Fidelity Versus High-Fidelity Interprofessional Simulation on the Acquisition of Theoretical and Practical Knowledge of Arterial Blood Gas Testing: a Parallel Randomized Controlled Trial (ELVHIS-ABG-RCT) Protocol. *BMC Nurs.* 2026. doi.org/10.1186/s12912-026-04627-7
24. Kanbakan A, Berikol G, B, Ilhan B, Altintas E, Doganay F. Artificial Intelligence Based Resuscitation Simulation: a Pilot Study of a Novel Approach to Team Leadership Training. *BMC Med Educ.* 2026; 26:183. doi.org/10.1186/s12909-025-08539-z
25. Major CB, Mantovani MF, Feli JVC, Silva A. Fatores Estressores de Estudantes de Enfermagem em Diferentes Cenários Simulados. *Cienc Enferm.* 2023; 29:14. doi.org/10.29393/ce29-14fecr70014
26. Lleixà MA, Porquet FR, Castell LG, Colás LS, Prieto MG, Aloras EM, et al. Transforming Communication and Non-technical Skills in Intermediate Care Nurses Through Ultra-Realistic Clinical Simulation: A Cross-Sectional Study. *Nurs Rep.* 2025; 15:272. doi.org/10.3390/nursrep15080272

CONCLUSÃO DO RELATÓRIO

A elaboração do presente Relatório de Estágio permitiu evidenciar, de forma crítico-reflexiva, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica experienciadas nos últimos meses, refletindo uma evolução consistente e sustentada em domínios científicos-técnicos em consonância com o perfil de competências do EEEMCPSC. Ao longo dos diferentes contextos de estágio – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, contexto Pré-Hospitalar e Unidade de Cuidados Intensivos – foi possível consolidar e mobilizar conhecimentos, desenvolver uma prática baseada em evidência científica atual e também desenvolver uma prestação de cuidados de enfermagem orientada pelo pensamento crítico.

A reflexão retrospectiva deste percurso académico permitiu reconhecer a transformação progressiva da minha identidade profissional, associada a um crescimento pessoal significativo. A complexidade dos contextos de prestação de cuidados à PSC era previamente reconhecida, porém nem sempre refletida. A capacidade de refletir sobre uma determinada ação, surge da *práxis* e da análise da mesma, procurando perceber de uma forma aprofundada o agir perante cada contexto e revelando um compromisso para com o cuidado de excelência (Marques et al., 2024). Atualmente, posiciono-me enquanto futura EEEMCPSC com uma identidade profissional diferenciada, alicerçada no pensamento crítico, capacidade de tomada de decisão fundamentada e integração consciente da evidência científica na prestação de cuidados. Esta evolução reflete a transição de um exercício profissional essencialmente técnico para um raciocínio especializado, fundamentado e orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A componente de investigação, preconizada no âmbito deste contexto académico, contribuiu para o desenvolvimento de novas competências científicas essenciais à prática de enfermagem avançada. A realização do estudo permitiu o desenvolvimento da capacidade metodológica, analítica e de interpretação de dados, reforçando a importância da investigação enquanto pilar de uma prática de enfermagem baseada na evidência. Paralelamente, potenciou a valorização profissional e o reconhecimento enquanto futura EEEMCPSC, consolidando o papel de agente ativa na produção de conhecimento e na promoção da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. Adicionalmente, evidenciou impacto direto no contexto institucional onde o estudo foi realizado e no qual exerce funções.

Enquanto futura EEEMCPSC, considero que este enriquecimento académico representa uma mais-valia para o contexto profissional, nomeadamente no Serviço de Urgência, revelando a capacidade de contribuir para melhoria contínua da qualidade, através de uma prática diferenciada, sustentada e orientada para a qualidade dos cuidados.

Este relatório assinala, orgulhosamente, a conclusão desta etapa académica muito exigente e significativa, constituindo, simultaneamente, o ponto de partida para uma nova etapa profissional enquanto EEEMCPSC. Tal, implica a assunção de um conjunto alargado de responsabilidades, que se estendem para além da prestação direta de cuidados à PSC, reconhecendo a família e/ou cuidadores como igualmente centrais no processo do cuidar. Em síntese, este percurso académico constituiu um marco significativo na construção da minha identidade enquanto futura EEEMCPSC, permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas que orientam uma prestação de cuidados mais consciente, crítica e sustentada pela evidência científica. Neste enquadramento, assume-se o compromisso de dar continuidade a este processo de desenvolvimento profissional, aplicando as novas competências na minha prática, procurando a promoção da qualidade dos cuidados à PSC e família e/ou cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Lusa. (2025, fevereiro 6). *Santuário de Fátima com 6,2 Milhões de Peregrinos em 2024, Menos 600 Mil que em 2023*. Observador. <https://observador.pt/2025/02/06/santuario-de-fatima-com-62-milhoes-de-peregrinos-em-2024-menos-600-mil-que-em-2023/>
- Ahmed, A., Ageel, A. A., Ghazwani, M. Y., Alenzi, A. N., Alruwaili, F. M., Alsharari, A. S., Alharbi, Y. H., Aldahaas, A. A., Almajed, M. M. & Alshahrani, F. A. (2026). *Clinical and Operational Effects of Emergency Department Crowding: a Systematic Review*. Cureus, Vol. 18(1): e100560. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12860212/pdf/cureus-0018-00000100560.pdf>
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências*. Revista Texto & Contexto Enfermagem, Vol. 14(3), 373-82. <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63nj/?format=pdf&lang=pt>
- Almeida, D. F., Pinto, M. R., Durão, M. C., Henriques, H. R. & Teixeira, J. F. (2024). *Intervenções de Enfermagem Especializada em Pacientes Críticos na prevenção da Pneumonia Associada à Intubação: Uma Revisão Integrativa da Literatura*. Acute and Critical Care, Vol. 39(3), 341-349. <https://accjournal.org/journal/view.php?doi=10.4266/acc.2024.00528>
- Almutairi, A., Coyer, F., Keogh, S. & Hughes, J. (2025). *Factors Influencing Pain Management in Patients Presenting to the Emergency Department: A Mixed-Method Systematic Review*. International Journal of Nursing Studies, Vol. 172, 105214. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074892500224X?via%3Dihub>
- Alotaibi, T. M. M., Alqahtani, F. W., Majrashi, E. B., Alqahtani, F. A. F., Alshammari, A. O. H., Al-Mutari, N. M. A., Alanazi, N. H., Alrukhai, A. R., Almutairi, S. S., Almushtah, F. S. A., Alqhtani, E. S. A., Khalid, B. A. S., Almutairi, A. M., Alenazi, B. G. & Almotori, S. M. M. (2024). *Nursing Practice in Emergency Care Settings: Evidence-Based Approches*. The Review of Diabetic Studies, Vol. 20(10), 253-268. <https://diabeticstudies.org/index.php/RDS/article/view/1351>
- Ananzeh, T. & Miller, E. (2025). *Consequences of Moral Distress Among Critical Care Nursing: An Integrative Review*. Journal of Research in Nursing, Vol. 00. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12646948/pdf/10.1177_17449871251363485.pdf
- Anik, A. I., Islam, T. & Uddin, B. (2025). *Relationship Between Nurse Workload and Patient Safety in Critical Care*. Asia Pacific Journal of Nursing Research, Vol. 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.70818/apjnr.2025.v06i01.019>
- Anshasi, H. & Almayasi, Z. A. (2024). *Perceptions of Patients and Nurses about Bedside Nursing Handover: A Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis*. Nursing Research and Practice, 2024, 3208747. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11074774/pdf/NRP2024-3208747.pdf>
- Arai, M., Feniche, M. E., Ouhadous, M., Lajane, H., Barrou, L. & Zerouali, K. (2022). *Hand Hygiene in the Intensive Care Unit: Knowledge, Compliance and Factors Influencing Nursing Adherence, a Descriptive Study*. The Open Nursing Journal, Vol. 16, e2206290. <https://opennursingjournal.com/contents/volumes/V16/e187443462206290/e187443462206290.pdf>
- Assunção, A. S. L. & Cunha, L. D. M. (2025). *Barriers and Facilitators to the Use of Capnography for Respiratory Monitoring by Nurses in Phase I Post-Anesthesia Care Unit: A Scoping Review*. Nursing Reports, Vol. 15, 292. <https://doi.org/10.3390/nursrep15080292>
- Baldovin, T., Amoroso, I., Paganini, M., Marcato, C., Cegion, R. B., Favaro, A., Bertinello, C., Fonzo, M. & Baldo, V. (2022). *SARS-CoV2 Contamination of Ambulance Surfaces and Effectiveness of Routine Descontamination Procedure: A Classic Hygiene Lesson for a Novel Pathogen*. International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 19, 13646. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/20/13646>
- Benner, P. (2004). *Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education*. Bulletin of Science, Technology & Society, Vol. 24(3). <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Bolaños, A. B., Ahumada, D. F. R., Rodríguez, L. H., Sola, L. V., Betancor, N. O. & Pérez, A. R. (2024). *Withdrawal/Withholding of Life-Sustaining Therapies: Limitation of Therapeutic Effort in the Intensive Care Unit*. Medicina, Vol. 60, 1461. <https://doi.org/10.3390/medicina60091461>
- Borges, M. M. G. (2021). *A segurança da Pessoa em Situação Crítica na Transição de Cuidados – Intervenção Especializada de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/feb6b162-3dea-4e6b-9c4b-be35393ea941>
- Carrasco, C. R., García, E. F., Álvarez, A. N., García, V. M. J., Rizoto, M. P., Cortés, A. C. & Trigo, S. B. (2025). *Nurse-Related Complexity of Care Perceived by Critical Care Nurses: A Multicentre Qualitative Study*. Nursing in Critical Care, 30 (4), e70100. <https://doi.org/10.1111/nicc.70100>

- Chau, J. P. C., Lo, S. H. S., Choi, K. C., Tong, D. W. K., Kwok, A. M. L., Butt, L., Chan, E. L. S., Lee, I. F. K., Lee, D. T. F. Mchugh, M. D. & Thompson, D. R. (2025). *Associations Between Nurse-To-Patient Ratio, Nurse Educational Level, and Nurse Sensitive Patient Outcomes: a 12-Month Prospective Observational Study*. *International Nursing Review*, Vol. 72(1): e13091. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.13091>
- Cipriano, D. N. (2022). *Gestão da Oxigenação na Pessoa em Situação Crítica: Intervenção de Enfermagem Especializada* [Master's Thesis]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/a3b87e70-5cce-4dcc-ba77-482d0e7ddf56/download>
- Coelho, T., Rodrigues, D. & Pinto, C. B. (2025). *Improving Pain Management in Critically Ill Surgical Patients: The Impact of Clinical Supervision*. *Surgeries*, Vol. 6, 67. <https://www.mdpi.com/2673-4095/6/3/67>
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. 1ª Edição. Lidel.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, do Ministério da Saúde. (1996). *Diário da República*: I-A Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1996-221642391>
- Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro, do Ministério da Saúde. (2012). *Diário da República*: I Série, n.º 32. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/07/04-Decreto-Lei-34-2012-de-14-de-fevereiro.pdf>
- Dekker, M., Jongerden, I. P. & Mansfeld, R. V. (2024). *Implementation of Infection Prevention in Intensive and Critical Care: What an Infection Control Link Nurse Can Contribute*. *Intensive and Critical Care Nursing*, Vol. 83, 103705. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339724000909?via%3Dihub>
- Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril, do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República*: II Série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5561-2014-25696609>
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República*: II Série, N.º 153/2014. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 9639/2018 de 15 de outubro, do Ministério da Saúde. (2018). *Diário da República*: II Série, n.º 198/2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, do Ministério da Saúde. (2021). *Diário da República*: II Série, n.º 187/2021. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro, do Ministério da Saúde. (2022). *Diário da República*: II Série, n.º 174/2022. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Despacho n.º 13562/2024, de 15 de novembro, do Ministério da Saúde. (2024). *Diário da República*: II Série, n.º 222/2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13562-2024-896791672>
- Despacho n.º 3612/2025 de 21 de março, do Ministério da Saúde. (2025). *Diário da República*: II Série, n.º 72. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3612-2025-911816959>
- Direção-Geral de Saúde. (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Lisboa. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2012). *Norma n.º 029/2012, atualizada a 31/10/2013 – Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI)*. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Norma n.º 015/2013, atualizada a 04/11/2015 – Consentimento informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Lisboa. <http://www.aenfermagemleis.pt/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). *Norma n.º 014/2015 – Medicamentos de Alerta Máximo*. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 001/2017 – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde*. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 015/2017 – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2022a). *Norma n.º 021/2015, atualizada a 17/11/2022 – “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

- Direção-Geral de Saúde. (2022b). *Norma n.º 022/2015, atualizada a 29/08/2022 – “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. Lisboa. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Drennan, J., Murphy, A., McCarthy, V. J. C., Ball, J., Duffield, C., Crouch, R., Kelly, G., Loughnane, C., Murphy, A., Hegarty, J., Brady, N., Scott A. & Griffiths, P. (2024). *The Association Between Nurse Staffing and Quality of Care in Emergency Departments: A Systematic Review*. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 153, 104706. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104706>
- Elmdni, A. A. E. (2025). *The Impact of Nurse-Patient Ratios on Patient Outcomes in Intensive Care Units*. *Nursing Critical Care*, Vol. 30, 3rd Ed, e70054. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40443057/>
- Ernest, S., Prikbunjun, J., Sahu, P. & Zhen, Z. (2024). *Impact of Nurse-to-Patient Ratios on ICU Patient Mortality: Aligned with SDG 3*. *Vascular & Endovascular Review*, 8(3s), 374-382. <https://verjournal.com/index.php/ver/article/view/342/410>
- Estevam, J. & Pedro, A. (2024). *Pain Assessment in Critically Ill Patients With Altered Consciousness*. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, Vol. 10(3), 30-51. https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/684
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Point Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use in European Acute Care Hospitals 2022-2023*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>
- European Resuscitation Council. (2025). *European Resuscitation Council Guidelines 2025: Adult Advanced Life Support*. *Resuscitation*, Vol. 215(2025), 110769. <https://www.resuscitationjournal.com/action/showPdf?pii=S0300-9572%2825%2900281-3>
- Feng, J., Zhang, C., Fang, S., Zhao, R., Wang, H. & Li, D. (2025). *Influencing Factors of Nurses’ Disaster Preparedness: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Public Health*, Vol. 25:2673. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-025-23981-w>
- Gama, F. & Lopes, T. (2024). *Sobrecarga nos Serviços de Urgência: Um Determinante Significativo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*. *Revista Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*. 2^aEd. N.º17, e37916. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/37954/28499>
- Ghorbanzadeh, A., Ebadi, A., Hosseini, M. A., Madah, S. & Khankeh, H. R. (2022). *Transition of Patients from Intensive Care Unit: A Concept Analysis*. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, Vol. 17, 100498. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100498>
- Ghosh, M., Nosaka, K., Saunders, R., Gallagher, O. & Barnard, A. T. (2025). *Patient Perception of Involvement in Nursing Bedside Handover: A Cross-Sectional Study*. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 81: 8666-8689. <https://doi.org/10.1111/jan.16839>
- Gomes, J. A. P. (2021). *Precauções Básicas do Controlo de Infecção: Contributos Para a Melhoria das Práticas em Contexto Pré-Hospitalar*. (Master’s Thesis). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/3714d81a-d4c1-474a-a672-d73f3d6d971b>
- Gomes, T. A. (2023). *Evolução da Prevalência das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde e da Epidemiologia das Resistências aos Antibióticos em Portugal*. [Master’s Thesis]. Instituto Universitário Egaz Moniz. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/9cd6bc32-75ba-40e3-9038-1010a8ba323e>
- Gonçalves, I., Mendes, D. A., Caldeira, S., Jesus, E. & Nunes, E. (2023). *O Modelo de Atenção Primária de Enfermagem e os Resultados Sensíveis à Enfermagem em Pacientes Internados: Uma Revisão Sistemática e Síntese Narrativa de Estudos Quantitativos*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol 20(3), 2391. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032391>
- Gonçalves, P. & Marques, M. C. (2024). *Specialized Nursing in Infection Prevention in Intensive Care Units*. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, Vol. 10(3). https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/705
- Gunnlaugsdóttir, T., Jónasdóttir, R., Björnsdóttir, K. & Klinker, E. (2024). *How Can Family Members of Patients in the Intensive Care Unit be Supported? A Systematic Review of Qualitative Reviews, Meta-Synthesis, and Novel Recommendations for Nursing Care*. *International Journal of Nursing Studies Advances*, Vol. 7, 100251. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X2400078X?via%3Dihub>
- Hanzel, R. C. & Faveri, F. (2024). *Leadership Styles of Nurses Working in a Hospital Institution*. *Electronic Journal Collection Health*. Vol. 24(10). <https://doi.org/10.25248/REAS.e17617.2024>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Deliberação n.º 25/2012 – Substituição do Consentimento Real pelo Consentimento Presumido do Doente*. INEM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023a). *Manual de Segurança do Doente no Pré-Hospitalar*. 5ª Edição. INEM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023b). *Manual de Controlo de Infecção do INEM*. 2ª Edição – Versão 3. INEM

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024). *TAS: Introdução à Emergência Pré-Hospitalar*.
<https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716973850.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2025, Novembro 6). *iTeams Panorama*. app.powerbi.com.
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020*.
https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- International Council of Nurses. (2023). *Recover to Rebuild: Investing in the Nursing Workforce for Health System Effectiveness*. ICN.
https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_Recover-to-Rebuild_report_EN.pdf
- Iversen, A. M., Hansen, M. B., Munster, M., Kristensen, B. & Eriksen, S. E. (2024). *Hand Hygiene Compliance in Nursing Home Wards: The Effect of Increased Accessibility of Alcohol-Based Hands Rub*. Journal of Hospital Infection, Vol. 147, 206-212.
<https://www.journalofhospitalinfection.com/action/showPdf?pii=S0195-6701%2824%2900097-5>
- Joint Commission International (2024). *Survey Process Guide for Hospitals – Including Standarts for Academic Medical Center Hospitals. 8ªEd.* Joint Commission Resources. <https://store.jointcommissioninternational.org/joint-commission-international-survey-process-guide-for-hospitals-8th-edition/>
- Lei n.º 27/2006 de 3 de julho. (2006). Diário da República: I Série, N. º126/2006. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>
- Liu, S. B., Wu, H. Y., Duan, M. L., Yang, R. L., Huaji, C., Liu, J. J. & Zhao, H. (2024). *Delirium in the ICU: How Much Do We Know? A Narrative Review*. Annals of Medicine, Vol. 56(1), 2405072. <https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2405072>
- Jones, K. L., Kundakci, B., Booth A., Falzon, L., Gibbison, B. & Pufulete, M. (2025). *A Systematic Meta-Review of Interventions to Prevent and Manage Delirium in the Intensive Care Unit: Part 1 – Pharmacological Interventions*. Critical Care, Vol 29(1), 540.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s13054-025-05615-0>
- Kaplan, E. & Ozakgul, A. (2025). *The Effect of Nursing Care Based on Comfort Theory of Kolcaba on Comfort, Satisfaction and Sleep Quality of Intensive Care Patients*. Nursing Critical Care, Vol. 30(3), e70033. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40344354/>
- Karmakar, M., Panduragan, S. L. & Said, F. M. (2024). *Communication Methods Used with Conscious Intubated Patients: Scoping Review*. The Open Nursing Journal, Vol. 18, e18744346349706.
<https://opennursingjournal.com/VOLUME/18/ELOCATOR/e18744346349706/>
- Khani, J., Dadashzadeh, A., Gilani, N., Rahmani, A. & Tabrizi, F. J. (2026). Prehospital Emergency Services: expectations of Patients and Companions. International Journal of Emergency Medicine, Vol. 19(3). <https://link.springer.com/article/10.1186/s12245-025-01115-8>
- Komurcu, O., Çiçek, E., Akyurt, D., Kusderci, H. S., Dogru, S., Koç, K. & Suren, M. (2024). *Reability and Validaty of the Turkish Form of Intensive Care Nursing Activities Score*. BMC Nursing, Vol. 23: 810.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11542416/pdf/12912_2024_Article_2490.pdf
- Malta, A., Braga, C., Oliveira, R., Santos, J., Fernandes, F., Pereira, A., & Sequeira, C. (2025). *Nursing Specialized in the Care of the Person in Critical Situation: A Scoping Review*. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, Vol. 8 (1), 1-10.
<https://doi.org/10.37914/riis.v8i1.335>
- Man, S., Solomon, N., Grory, B. M., Alhanti, B., Uchino, K., Saver, J. L., Smith, E. E., Xian, Y., Bhatt, D. L., Schwamm, L. H., Hussain, M. S. & Fonarow, G. C. (2023). *Shorter Door-to-Needle Times are Associated with Better Outcomes after Intravenous Thrombolytic Therapy and Endovascular Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke*. Health Research Alliance, Vol. 148(1), 20-34.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10356148/pdf/nihms-1897658.pdf>
- Marques, J. R. S. (2021). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Contexto Pré-Hospitalar: Uma Proposta de Padrão de Documentação*. (Master's thesis). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <https://www.ulsaaave.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2025/06/Tese-Mestrado-Cuidados-de-Enfermagem-a-Pessoa-em-Situacao-Critica-em-Contexto-Pre-Hospitalar-Uma-Proposta-de-Padrao-de-Documentacao.pdf>
- Marques, R., Néné, M. & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada*. 1ª Edição. Lidel.
- McEachron, K. R. & Costantini, T. W. (2025). *Invasive and Non-Invasive Monitoring in the ICU*. Trauma Surgery & Acute Open Care, Vol. 10: e001780. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40400726/>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. https://books.google.pt/books?id=TdLhXm5fpx8C&printsec=frontcover&hl=ptPT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- Mohammed, T., Mahmud, S., Gintamo, B., Mekuria, Z. N. & Gizaw, Z. (2022). *Medication Administration Errors and Associated Factors Among Nurses in Addis Ababa Federal Hospitals, Ethiopia: a Hospital-Based Cross-Sectional Study*. British Medical Journal, Vol. 12: e066531. <https://bmjopen.bmj.com/content/12/12/e066531>
- Moura, A. A., Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Dessotte, C. A. M., Gabriel, C.S. & Zanetti, A. C. B. (2020). Liderança e Satisfação no Trabalho no Contexto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Revista Latino-Americana. Vol. 28 e3260. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3455.3260>
- Myhr, K., Ballangrud, R., Aase, K. & Vifladt, A. (2024). *Ambulance Professionals' Experiences of Teamwork in The Context of a Team Training Programme – A Qualitative Study*. BMC Emergency medicine. Vol. 24;108. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01018-6>
- Neppas, F. (2024). *Navigating Intensive Care and the Vital Role of Critical Care Nurses*. Journal of Perioperative & Critical Intensive Care Nursing, Vol. 10, 237. <https://www.longdom.org/open-access/navigating-intensive-care-and-the-vital-role-of-critical-care-nurses-107636.html>
- Notarnicola, I., Gennaro, R., Carrodano, S., Romano, D., Lommi, M. & Stievano, A. (2025). *Identifying Key Competencies for Ambulance Nurses in Italy: Findings from a Modified Delphi Study*. Journal of Emergency Nursing, Vol. 51(2), 305-329. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39556076/>
- Oliveira, S. S., Ferraz, M. O. A., Barata, R. S., Pitzer, C. M. T., Anjos, K. F., Rosa, D. O. S., Freitas, K. S. & Lirio, L. K. S. (2025). Problemas Éticos Vivenciados por Enfermeiras no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. Nursing Journal of Minas Gerais. Vol. 29. e - 1572. 10.35699/2316-9389.2025.41921
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código deontológico*. Lei N.º 156/2015 de 16 de setembro. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o Estágio e Relatório da Componente Clínica dos Ciclos de Estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à Atribuição do Título Profissional de Enfermeiro Especialista*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Transporte Inter-Hospitalar Integrado do Doente Crítico*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/38343/sai-oe-2024-12112.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações 2023*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b2411424.pdf>
- Parecer n.º 01/2017 de 14 de junho. Atribuição de Responsável de Turno. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Parecer n.º 15/2018 de 2 de julho. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Parreira, P., Costa, P.S., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. & Oliveira, A. S. (2021). *Work Methods for Nursing Care Delivery*. International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 18, 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Pascon, D. M. & Peres, H. H. C. (2024). *Project-Based learning: Pedagogical Perspectives for Higher Education Health Courses*. International Journal of Higher Education, Vol. 11, p.1-19, e025048. https://www.researchgate.net/publication/380305080_Aprendizagem_baseada_em_projetos_perspectivas_pedagogicas_para_cursos_superiores_de_saude
- Pereira, E. R., Rocha, R. G., Monteiro, N. C. A.M., Oliveira, A.B. & Paes, G.O. (2020). *Infection Risks Associated With Care in Prehospital Care: Impacts on Patient Safety*. Research, Society and Development. Vol. (9), 8. <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/5846/5189>

- Pinheiro, R. I. C., Godinho, H. F. M., Mendes, J. M. G & Marques, M. C. M. P. (2022). *Delirium em Unidade de Cuidados Intensivos: Modelo Preditivo e Bundle ABCDEF*. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, Vol.8(1). https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/542
- Portaria n.º 141/2018 de 18 de maio, do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: I Série, n.º 96. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/05/09600/0221102212.pdf>
- Pour, F. J., Watson, R., Jafaripour, E., & Jafarian, R. (2024). *The Roles and Responsibilities of Advanced Practice Nurses in Intensive Care Units: A Scoping Review*. Enfermeria Intensiva, Vol. 35 (4), e31-e40. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.05.001>
- Proteção Civil. (2021). Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Ourém. <https://www.ourem.pt/wp-content/uploads/2021/08/Plano-Municipal-de-Emergencia-de-Protecao-Civil-Ourem.pdf>
- Proteção Civil. (2023). Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil. https://www.cm-fgfoz.pt/cmfigueiradafoz/uploads/writer_file/document/3344/pmepcfff_2023.pdf
- Purushottam, D. M., Padmaja, N. & Maske, P. G. (2025). *Impact of Hand Hygiene Compliance on Hospital Acquired Infection Rates in a Tertiary Care Hospital*. European Journal of Cardiovascular Medicine, Vol. 15(7), 286-290. <https://healthcare-bulletin.co.uk/article/impact-of-hand-hygiene-compliance-on-hospital-acquired-infection-rates-in-a-tertiary-care-hospital-3770/>
- Rabiais, I., Pereira, L., Moniz, N., Almeida, A., Monteiro, P., Severino, S.M, Sousa, L. & José, H. (2024). *Competence Profile of the Intra-Hospital Emergency Team Nurse: A Scoping Review*. Emergency Care and Medicine, Vol. 1, 260-274. <https://www.mdpi.com/2813-7914/1/3/27>
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março, do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, n.º 48/2015. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135/2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento%20/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: II Série, n.º 743/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro. (2001). Diário da República: I Série-A, n.º 2/2001. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>
- Rezayani, A. (2025). *Applications of Nursing Theories in Clinical Practice*. Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences, Vol. 2(2), 115-116. https://www.jnacs.com/article_210321.html
- Rigaud, J. P., Ecarnot, F. & Quenot, J. P. (2023). *Patient Information and Consent for Care in the Intensive Care Unit*. Healthcare, Vol. 11, 707. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/5/707>
- Rito, B. F. R., Figueira, S. M., Frutuoso, A. D. & Santos, C. S. (2022). *Testamento Vital no Pré-Hospitalar – Notas Reflexivas*. Revista Ibero-Americana de Gerontologia. Vol. 2. 97-109. <https://riagejournal.com/index.php/riage/article/view/34>
- Royal College of Emergency Medicine. (2024). *Management of Acute Pain in Adults in the Emergency Department*. RCEM. https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2024/10/Management_of_Acute_Pain_in_Adults_2024_v1.pdf
- Sabane, E., Vimantaite, R. & Jakiska, P. (2022). *Application of Evidence-Based Practice in intensive and Critical Care Nursing*. The Open Nursing Journal, Vol. 16, 106-120. <https://opennursingjournal.com/VOLUME/16/ELOCATOR/e187443462211160/FULLTEXT/>
- Salviano, F. W. B., Vieira, J. E. B. A. & Silva, M. R. L. (2025). *A Avaliação da Dor em Pacientes sob Cuidado Intensivo: Uma Revisão Integrativa*. Research, Society and Development, Vol. 14(1), e2312127985. <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/47985/37769>
- Santana, N. S. (2020). *A Importância da Comunicação para a Cooperação e Coordenação das Ações da Equipe de Emergência do SAMU-NATAL*. (Master's thesis). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/5a9d290e-ea68-42ab-9c5b-0a8a2a6c9ae5/content>
- Santos, I.P., Fernandes, I. T. G. P., Oliveira, A. A. C., Melo, S. F., Nascimento, A. L., Leoni, E. A., Caetano, S. A. Ferreira, V. V. M. Z. J. F., Magalhães, P. R., Magalhães, L. R., Lopes, A., Florentino, A. O. & Silva, J. A. (2023). *Educação Para a Morte: O Papel do Profissional de Saúde na Comunicação de Más Notícias aos Familiares de Pacientes*. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. Vol. 5. 05-43. <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/3079/3300>

- Sardo, P. M. G., Macedo, R. P. A., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. L., Guedes, J. A. D., Simões, C. J. & Príncipe, F. (2023). Nursing Workload Assessment in the Intensive Care Unit: A Retrospective Observational Study Using the Nursing Activities Score. *Nursing Critical Care*, Vol. 28(6), 444-451. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36336353/>
- Shahmari, M., Dashti, S., Jafari, M. & Belol, F. E. (2025). *Nurses' Lived Experiences of Self-Control in Emergency Settings: A Qualitative Study*. *BMC Emergency Medicine*. 25:46. <https://doi.org/10.1186/s12873-025-01205-z>
- Sherwood, G. (2024). *Reflective Practice and Knowledge Development: Transforming Research for a Practice-Based Discipline*. *International Journal of Nursing Sciences*, Vol. 11(1), 399-404. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.08.002>
- Silva, J. M. A. V., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L. & Cardoso, M. F. P. T. (2021). *Métodos de Trabalho dos Enfermeiros em Hospitais: Scoping Review*. *Journal Health NPEPS*, Vol. 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Silver, D. S., Lu, L., Beiriger, J., Reitz, K. M., Khamzina, Y., Neal, M. D., Peitzman, A. B. & Brown, J. B. (2024). *Association Between Timing of Operative Interventions and Mortality in Emergency General Surgery*. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, Vol. 9: e001479. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39027653/>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). Plano Nacional de Avaliação da Dor. SPCI. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Society of Critical Care Medicine. (2018). *Diretrizes de Prática Clínica para a Prevenção e Tratamento da Dor, Agitação/Sedação, Delirium, Imobilidade e Interrupção do Sono em Adultos na UTI*. SCCM. Vol. 46(9), e825-873. <https://www.sccm.org/SCCM/media/SCCM/PDFs/Diretrizes-de-Dor-Agitacao-Delirium-Imobilidade-e-Sono-PADIS-Guidelines-Portuguese-Translation.pdf>
- Society of Critical Care Medicine. (2024). *Diretrizes da Sociedade de Medicina de Cuidados intensivos sobre Cuidados Centrados na Família para UTIs de Adultos:2024*. *Critical Care Medicine*, Vol. 53(2), e465-e482. https://journals.lww.com/ccmjournals/fulltext/2025/02000/society_of_critical_care_medicine_guidelines_on.20.aspx
- Soumia, M., Hamdoun, K., Yaych, N., Abdelmounaim, B. & Ouhaz, Z. (2023). *Pain Assessment Tools for Non-Verbal Adult ICU Patients: Systematic Review*. *Academic Journal of Health Sciences*. Vol. 39(2), 147-158. https://www.researchgate.net/publication/376721140_Pain_assessment_tools_for_non-verbal_adult_ICU_patients_systematic_review
- Teixeira, M., Quintão, J., Rocha, A., Leomaro, V. & Sales, L. (2024). *Segurança na Gestão de Medicação pelo Enfermeiro: Quantos são os "Certos"?*. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP-Lisboa*. Vol. 16. P. 14-27. <file:///Users/raquelantunesferreira/Downloads/SS-298-ENF-F.pdf>
- Teoh, S. E., Loh, C. Y. L., Chong, R. I. H., Yaow, C. Y. L., Masuda, Y., Han, M. X., Beng, D. J. L., Lim, Y. L., Hwee, J. C. & Xiang, Q. (2022). *A Scoping Review of Qualitative Studies on Pre-Hospital Analgesia Administration and Practise*. *American Journal of Emergency Medicine*. Vol 57. 81-90. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675722002686?via%3Dihub>
- Tillet, Z.; Jacobs, S. & Crispo, M. (2024). *Breaking Bad News in The PreHospitalar Setting: A Guide for EMS Clinicians*. *International Journal of Paramedicine*. Vol. 6. 163-170. <https://internationaljournalofparamedicine.com/index.php/ijop/article/view/2>
- ULS. (s.d.). *Guia Prático para a Cultura da Qualidade e Segurança do Utente*. [Intranet Institucional].
- Vernic, C., Tamas, T. P., Petre, I. & Ursoniu, S. (2025). *Transforming Critical Care: The Digital Revolution's Impact on Intensive Care Units*. *Frontiers in Digital Health*, Vol. 7, 1:1664383. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2025.1664382>
- Wijaya, A., Jufan, A. Y. & Adiyanto, B. (2024). *Modern Intensive Care Unit Design: A Literature Review*. *The International Journal of Medical Science and Health Research*, Vol. 4(4), 39-67. <https://internationalmedicaljournal.org/index.php/ijmhsr/article/view/86>
- Yamamoto, K. (2024). *Impact of Advance Care Planning Support on Patients Treated in the Intensive Care Unit After High-Risk Surgery*. *Cureus*, Vol. 16(2), e54175. Doi 10.7759/cureus.54175
- Yumoto, T., Hongo, T., Obara, T., Ageta, K., Aokage, T., Tsukahara, K., Nakao, A. & Naito, H. (2024). *Evolution and Effects of Ad Hoc Multidisciplinary Team Meetings in the Emergency Intensive Care Unit: A Five-Year Analysis*. *Journal of Clinical Medicine*, Vol.13, 4324. <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/15/4324>

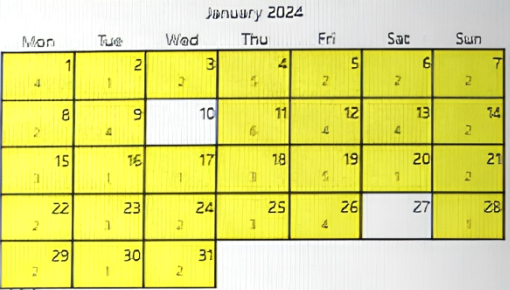
ANEXOS

ANEXO I – CASUÍSTICA DO PANORÂMA SIV, INEM (2024)



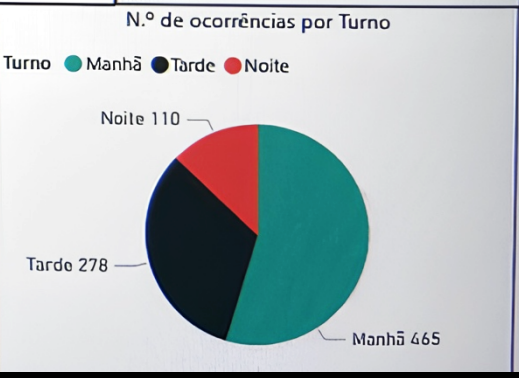
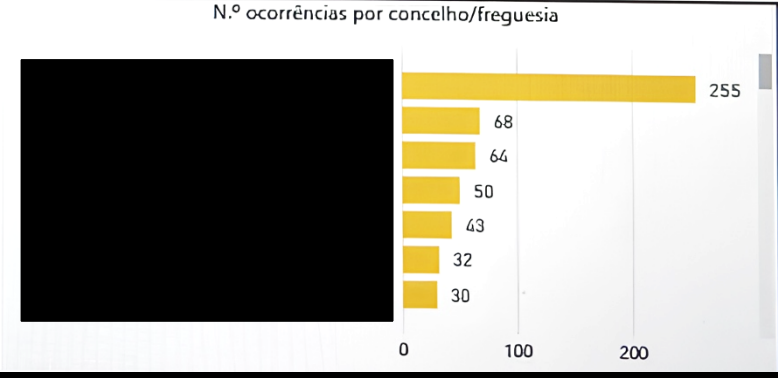
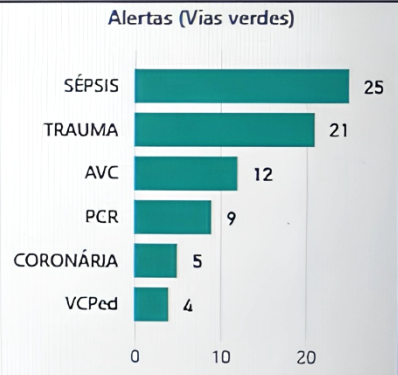
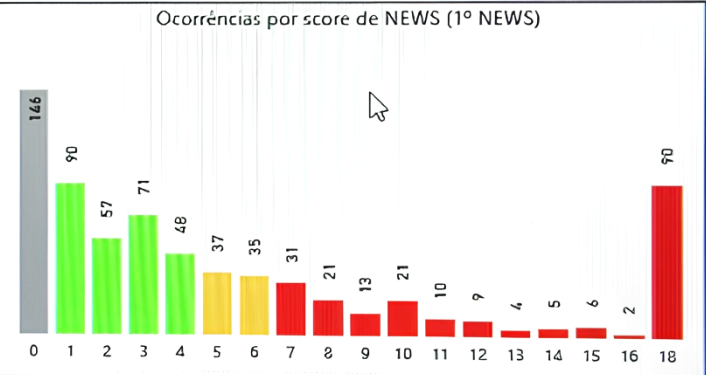
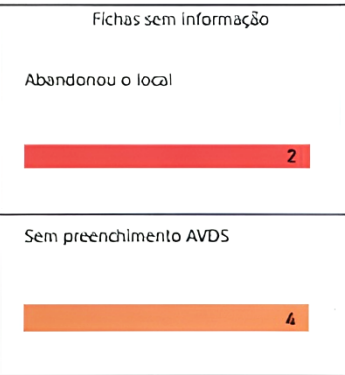
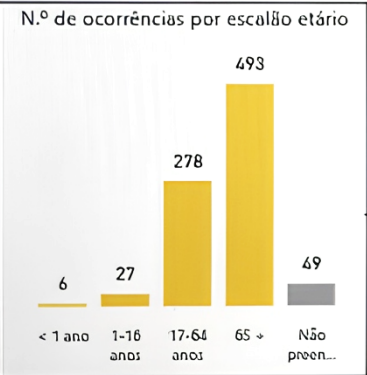
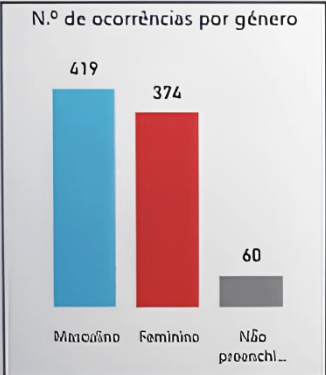
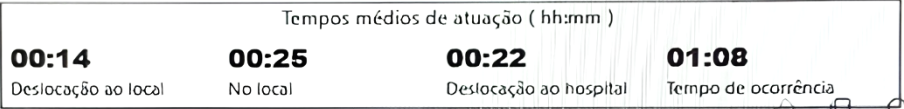
User_1
Tudo

User_2
Tudo



Tipo Meio
SIV

Meio
Múltiplas seleções



**ANEXO II – CERTIFICADO APRESENTAÇÃO DE POSTER INTITULADO
“PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM FRATURAS EXPOSTAS: QUE ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR? O QUE DIZ A EVIDÊNCIA?” NAS III
JORNADAS DE ENFERMAGEM DE TRANSPORTE AÉREO DE DOENTES DO
INEM**

III JORNADAS DE ENFERMAGEM

TRANSPORTE AÉREO DE DOENTES



FORÇA AÉREA PORTUGUESA



INSTITUTO NACIONAL
DE EMERGÊNCIA MÉDICA



Certificado

Certifica-se que as Enfermeiras [REDACTED] Raquel Ferreira, apresentaram, em coautoria, o póster intitulado "*Profilaxia antibiótica em fraturas expostas: que atuação do enfermeiro no pré-hospitalar? O que diz a evidência?*", nas III Jornadas de Enfermagem "Transporte Aéreo de Doentes", realizadas no dia 7 de novembro de 2025, no Centro de Estudos Aeroespaciais da Academia da Força Aérea, Sintra.

A Diretora de Saúde da Força Aérea

Maria Inês Monteiro Godinho de Matos Loureiro
B05N/14150

Maria Inês Monteiro Godinho de Matos Loureiro
Brigadeiro-General Médico

**ANEXO III – CERTIFICADO NURSEBINAR “LEITURA E INTERPRETAÇÃO DE
CAPNOGRAFIA”**

IV CICLO

NURSEBINARS CRITICAL CARE

CERTIFICADO

Certifica-se que

Raquel Antunes Ferreira

participou no Nursebinar "Leitura e Interpretação de Capnografia", que decorreu em Regime E-Learning no dia 7 de janeiro de 2026, entre as 16h30 e as 18h30, palestrado pelo Dr. Estêvão Lafuente.



Enf.º Filipe Fernandes
Coordenador Pedagógico

CERTIFICADO N° 0263/2026

ANEXO IV – ESTATÍSTICA TOTAL DO ATENDIMENTO NO PMA

Inscrições Triagem Atendimento Gestão e Estatística Dados pessoais Sair		
Estatísticas totais do atendimento até 07.Jul.2025 às 01h e 41m		
Estatísticas gerais		
Total de inscrições efectuadas	176	
Média de idades dos atendidos	27,8 A	
Atendidos do género masculino	72	40,91%
Atendidos do género feminino	104	59,09%
Total de triagens efectuadas	184	
Total de registos de atendimento	218	
Duração média dos atendimentos	17m 08s	
Utentes em atendimento	0	
Proveniências dos atendimentos		
Outra	12	6,82%
Veio sozinho	120	68,18%
Veio com familiar(es) e/ou amigo(s)	23	13,07%
Equipa de Socorro de Proximidade	2	1,14%
Moto4 Cruz Vermelha Portuguesa	9	5,11%
Moto4 Protecção Civil	9	5,11%
Trazido pelas autoridades	1	0,57%
Motivos dos atendimentos		
Mordeduras e picadas	37	21,02%
Ferimentos ou escoriações	29	16,48%
Traumatismo ligeiro	21	11,93%
Outros motivos	16	9,09%
Indisposição súbita	12	6,82%
Problemas nos membros	12	6,82%
Queimadura(s)	11	6,25%
Doença súbita	8	4,55%
Cefaleia	6	3,41%
Intoxicação etílica	4	2,27%
Alteração do estado de consciência	3	1,70%
Intoxicação por estupefacientes	3	1,70%
Problemas oftalmológicos	3	1,70%
Dor abdominal	2	1,14%
Dor torácica	2	1,14%
Intoxicação mista	2	1,14%
Afogamento ou pré-afogamento	1	0,57%
Dificuldade respiratória	1	0,57%
Intoxicação não especificada	1	0,57%
Reacções alérgicas	1	0,57%

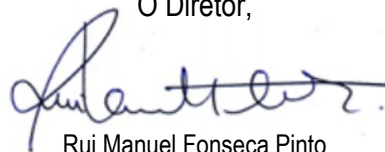
Inscrições Triagem Atendimento Gestão e Estatística Dados pessoais Sair		
Estatísticas totais do atendimento até 07.Jul.2025 às 01h e 41m		
Dor torácica	2	1,14%
Intoxicação mista	2	1,14%
Afogamento ou pré-afogamento	1	0,57%
Dificuldade respiratória	1	0,57%
Intoxicação não especificada	1	0,57%
Reacções alérgicas	1	0,57%
Vómitos/diarreia	1	0,57%
Prioridades dos atendimentos		
Baixa	131	74,43%
Média	34	19,32%
Elevada	11	6,25%
Destinos dos atendimentos após a alta		
Voltou para o recinto	173	98,30%
Envio ao HDFF adultos	2	1,14%
Envio ao HDFF pediatria	1	0,57%
Idade dos atendidos		
<15 anos	1	0,57%
15 anos	1	0,57%
16 anos	1	0,57%
17 anos	4	2,27%
18 anos	8	4,55%
19 anos	6	3,41%
20 anos	11	6,25%
21 anos	10	5,68%
22 anos	11	6,25%
23 anos	7	3,98%
24 anos	9	5,11%
25 anos	19	10,80%
26 anos	8	4,55%
27 anos	10	5,68%
28 anos	8	4,55%
29 anos	7	3,98%
30 anos	11	6,25%
31 anos	3	1,70%
32 anos	3	1,70%
33 anos	2	1,14%
34 anos	3	1,70%
35 anos	4	2,27%

**ANEXO V – CERTIFICADO DAS JORNADAS EM ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE E EXCEÇÃO**

CERTIFICADO

Certifica-se que **Raquel Antunes Ferreira** participou nas Jornadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: *Situações de Catástrofe e Exceção*, realizadas no dia 27 de setembro de 2025, das 9h00 às 17h00, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,



Rui Manuel Fonseca Pinto

**ANEXO VI – PROGRAMA DO I CONGRESSO DE ENFERMAGEM FORENSE
INTERNACIONAL: INTERFACE ENTRE SAÚDE E JUSTIÇA**

I CONGRESSO INTERNACIONAL ENFERMAGEM FORENSE

INTERFACE ENTRE SAÚDE E JUSTIÇA

SEXTA-FEIRA,
4 DE JULHO DE 2025

08H30 Abertura do Secretariado

09H00 Workshops:

- Defesa Pessoal;
- Maus Tratos na Criança;
- Preservação Vestígios no Pré-Hospitalar e Serviço de Urgência;
- Violência Doméstica: Implementação de Um Projeto de Intervenção;
- Comunicação/Entrevista de Vítima de Violência;
- Neurociência Forense.

12H00 Apresentação de Posters e Comunicações Livres

13H00 Almoço Livre

14H00 MESA 1 – “Enfermagem Forense: Diferentes Caminhos, o Mesmo Destino”

- Enfermagem forense na Suíça – Dominice Haeni (University of Zurich – Suisse Forensic Nursing Association) | **ONLINE**
- Enfermagem forense no Brasil – Simone Fidelis (Enfermeira Forense e Advogada – Brasil)
- Enfermagem Forense em Portugal – Albino Gomes
- Enfermagem forense no Kosovo – Venera Mehmeti (Forensic Nurse Kosovo) | **ONLINE**
- Enfermagem Forense no Canadá – Sheilla Early (Canadian Forensic Nurses Association) | **ONLINE**

Moderador: Bruno Rito

15H45 Coffee Break

16H00 Sessão Solene de Abertura

16H30 MESA 2 – “Prevenção Primária de Enfermagem Forense”

- Prevenção do Abuso Sexual – Jamie Ferrel (Director Forensic Nursing Services Memorial Hermann Health System)
- Prevenção de Violência na Desporto – Mónica Ferreira (ANEFOR)
- Prevenção do suicídio na adolescência – Paulo Rocha (ULS S. José – Unidade Partilhada Hospital Júlio de Matos)
- Prevenção da violência de Género – Ricardo Loureiro (Núcleo de Violência Doméstica/Violência de Género - CIG) | **ONLINE**

Moderador: António Oliveira

18H00 CONFERÊNCIA: “Interpersonal Violence”

- Implementation of IPV Protocol for Health and Community partners – Sally Henin (Medical Director / Chief of Medical Operations Memorial Hermann Health System)

Moderador: Albino Gomes

19H00 Encerramento

SÁBADO,
5 DE JULHO DE 2025

09H00 MESA 3 – “Vítimas Silenciosas”

- Violência nas relações, o círculo do silêncio – Natalie Martins e Maria Romão (ANEFOR)
- Tráfico humano – Miguel Barros (Policia Judiciária)
- Desconstruir estereótipos na violência sobre homens – Thiago Oliveira (Universidade Tiradentes – Brasil) | **ONLINE**

Moderador: Suzette Vilarés

10H10 Coffee Break

10H30 CONFERÊNCIA: “Crime, Justiça e Inteligência Artificial: Nova Era da Investigação Criminal”

- Riscos e desafios no uso de IA para a identificação criminal – Marcela Vara (Policia Judiciária)

Moderador: Hugo Carvalho

11H30 MESA 5 – “Reabilitação vs. Reintegração de Agressores: Que Realidade”

- Reabilitação de agressores sexuais – José Pinto (Psicólogo CVP)
- Intervenção na reabilitação de jovens delinquentes – Eduardo Garrido (Diretor Centro Educativo de Santa Clara)
- Neuropsicologia Forense: ferramenta para compreender o agressor – António Pádua (Instituto Psicologia – Brasil) | **ONLINE**
- Reincidência criminal – Fernando Almeida

Moderador: Paulo Rocha

13H00 Almoço Livre

14H30 MESA 6 – “Novos Desafios à Enfermagem Forense”

- Direitos Humanos enquanto área de intervenção Enfermagem Forense – Morris Tidball (CICR) | **ONLINE**
- Violência contra profissionais de saúde – António Oliveira (ANEFOR)
- Desastres de massa: intervenção forense – Pedro Correia (Policia Judiciária)

Moderador: Natali Martins

15H40 Coffee Break

16H00 Apresentação de Prémios

16H20 Apresentação do Livro “O Local do Crime”

16H30 MESA 7 – “O Idoso Vulnerável e Frágil: Perspetivas”

- Ser idoso, percepções e constrangimentos na atualidade – Claudia Moura (MEC)
- Vulnerabilidade social, como valor impactante na fragilidade do idoso – Débora Vargas (Invalidos)
- A violência exercida sobre o idoso – Fernando Pina (ANEFOR)

Moderador: Tatiana Santos

18H00 Encerramento

14

**ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO I CONGRESSO DE
ENFERMAGEM FORENSE INTERNACIONAL: INTERFACE ENTRE SAÚDE E
JUSTIÇA**

I CONGRESSO INTERNACIONAL **ENFERMAGEM FORENSE**

INTERFACE ENTRE SAÚDE E JUSTIÇA

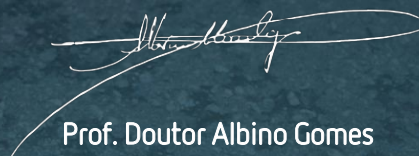
CERTIFICADO

Certifica-se que

Raquel Antunes Ferreira participou no I Congresso Internacional de Enfermagem Forense, que decorreu em formato híbrido (online e presencial) nos dias 4 e 5 de julho de 2025, com uma carga horária total de 18 horas, no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.



Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da CESPU-ESSVA



Prof. Doutor Albino Gomes
Comissão Científica e Organizadora

CERTIFICADO Nº 2268/2025

**ANEXO VIII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WORKSHOP
“PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES NO PRÉ-HOSPITALAR E SERVIÇO
DE URGÊNCIA**

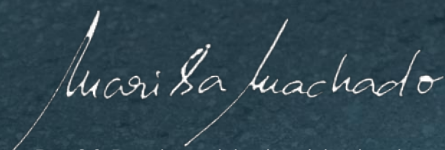
I CONGRESSO INTERNACIONAL **ENFERMAGEM FORENSE**

INTERFACE ENTRE SAÚDE E JUSTIÇA

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Raquel Ferreira participou no workshop “Preservação Vestígios no Pré-Hospitalar e Serviço de Urgência” inserido no I Congresso Internacional de Enfermagem Forense, que decorreu no dia 4 de julho de 2025, com uma carga horária total de 3 horas, no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.



Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da CESPU-ESSVA



Prof. Doutor Albino Gomes
Comissão Científica e Organizadora

CERTIFICADO Nº 2308/2025

**ANEXO IX – PARECER DE ENTIDADE FARMACÊUTICA RELATIVA AO USO DE
FÁRMACOS INALADORES EM MÚLTIPLOS UTENTES**

Sharing [REDACTED] Metered Dose Inhalers Among Multiple Patients

Summary

- GSK metered dose inhalers are only intended for individual patient use.¹⁻⁴
- The safety of using the same GSK metered dose inhaler among multiple patients has not been established.
- GSK is not aware of any large, well-controlled trials on this topic.

GSK acknowledges that lower levels of evidence pertaining to this topic are available, which are not included as part of this response.

This information is scientific and non-promotional in nature and is not intended for further distribution. Selection of references follows principles of evidence-based medicine and, therefore, references may not be all inclusive.

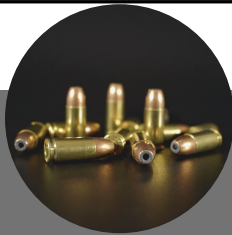
REFERENCES

1. GSK, Global Data Sheet for salbutamol (inhaled formulations), Version 029, June 28, 2023.
2. GSK, Global Data Sheet for fluticasone propionate (inhaled formulations), Version 036, Nov 05, 2020.
3. GSK, Global Data Sheet for salmeterol-fluticasone propionate, Version 037, December 15, 2020.
4. GSK, Global Data Sheet for salmeterol xinafoate, Version 30, September 24, 2020.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – PROPOSTA PARA RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS
FORENSES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA**

PROPOSTA PARA RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO

- Se possível, remover a roupa da vítima e armazenar cada vestígio em sacos de papel individualizados;
- Evitar cortar/danificar os orifícios de entrada ou saída do projétil, optando por cortar pelas costuras;
- Se roupa humedecida: armazenar em sacos de papel e posteriormente em sacos de plástico abertos;
- Se presentes: preservar os projéteis e entregar à PJ ou ao Médico-Legista;
- Evitar colocação de acessos venosos periféricos no dorso das mãos: optar por locais centrais;
- Não lavar as mãos da vítima;
- Não limpar feridas;
- **Na vítima sem vida:** segue vestida para a morgue;
- **Na vítima sem vida:** proteger as mãos da vítima com sacos de papel, incluindo os punhos.



FERIMENTOS POR ARMA BRANCA

- Preservar vestígios em sacos de papel individualizados;
- Documentar a(s) ferida(s) da vítima:
 - Localização;
 - Tipo de lesão: intencional ou autoinfligida;
 - Dimensão;
 - Tipo de ferida: incisa, contusa, contundente, penetrante, não penetrante.

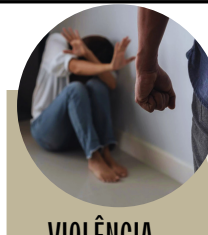
FERIMENTOS POR ACIDENTE DE VIAÇÃO

- Para avaliação de presença de álcool e/ou estupefacientes no sangue: não proceder à desinfecção da pele com substâncias à base de álcool e efetuar colheita em tubo próprio, facultado pelas forças de segurança pública.



VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

- Encaminhar rapidamente a vítima para observação pelo INMLCF. Caso não seja possível executar as diligências no SUMC;
- Fazer exame físico à vítima após a colocação de lençol limpo no chão e, por cima uma folha de papel. A vítima deve descalçar os sapatos antes de pisar a folha de papel. Solicitar para despedir a roupa;
- Proceder à recolha e preservação de vestígios (roupa e/ou outros objetos presentes) colocando-os em sacos de papel individualizados;
- Evitar armazenar vestígios biológicos em sacos de plástico ou contentores para evitar contaminação bacteriana ou destruição do DNA;
- Questionar a vítima sobre:
 - Tomou banho ou lavou-se após o abuso?
 - Trouxe consigo a roupa que usava durante a agressão sexual?
 - Ingeriu alguma coisa após o abuso?
 - Lavou a boca e/ou dentes após o abuso?
 - Houve tentativa de estrangulamento, dentada ou chupão?
- **Na vítima sem vida:** proteger as mãos da vítima com sacos de papel, incluindo os punhos;
- **Na vítima sem vida e se presente enfermeiro forense no SUMC:** retirar os resíduos das unhas e se necessário cortar as unhas, usando um envelope para cada mão. Os envelopes devem indicar a lateralização da mão, a identificação da vítima, data, hora e nome de quem fez a recolha.



VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

- Remover a roupa da vítima e armazenar cada vestígio em sacos de papel individualizados;
- Fazer exame físico completo à vítima e elaborar registos de enfermagem com descrição e fotografias das lesões. As fotografias devem ser tiradas com escala métrica;
- Recolher a história e as circunstâncias do evento;
- Efetuar denúncia da situação de violência doméstica (Crime Público - art.º 152 do CP);
- **Na vítima sem vida:** proteger as mãos da vítima com sacos de papel, incluindo os punhos.

ENVENENAMENTO OU INTOXICAÇÃO



- Remover a roupa e objetos que acompanham a vítima e armazenar cada vestígio em sacos de papel individualizados;
- Fazer exame físico completo à vítima e elaborar registos de enfermagem com descrição das lesões existentes;
- Recolher a história e as circunstâncias do evento;
- Fazer as colheitas de sangue necessárias antes da administração de fármacos;
- Recolher e preservar os vestígios eméticos em frasco apropriado;
- Se existente: marcar com caneta o local de punção da administração das substâncias.



CONTATOS TELEFÓNICOS DE REFERÊNCIA:

GNR da
Linha d
PJ Ger
PJ Dire
PSP da



ACIDENTE DE TRABALHO OU TRAUMA

- Remover a roupa e da vítima e armazenar cada vestígio em sacos de papel individualizados;
- Fazer exame físico completo à vítima e elaborar registos de enfermagem com descrição das lesões;
- Recolher a história e as circunstâncias do evento;
- Se necessário averiguar presença de álcool e/ou estupefacientes no sangue: não proceder à desinfecção da pele com substâncias à base de álcool e efetuar colheita em tubo próprio, facultado pelas forças de segurança pública.

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

Estudante: Raquel Antunes, N.º Estudante: 5240041

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Gomes, Albino (2014). Enfermagem Forense - Volume 2. Lidel

Verissimo, C. M. M. C. (2021). Enfermagem Forense no Serviço de Urgência Geral: "Promover Uniformização de Cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios." <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/77235/1/RELATORIO%20%282020%29%20Ver%20C3%ADssimo.pdf>



APÊNDICE II – RESUMO “PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM FRATURAS EXPOSTAS: QUE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR? O QUE DIZ A EVIDÊNCIA?” SUBMETIDO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM DE TRANSPORTE AÉREO DE DOENTES DO INEM



III Jornadas de Enfermagem

07 de novembro de 2025

RESUMO

Este formulário, após preenchido, e aceites as condições descritas no regulamento dos e-Poster deve ser submetido no website <https://jornadasdaenfermagem.emfa.pt/> em **formato PDF**.

Título do Poster:

**Profilaxia antibiótica em fraturas expostas: que atuação do enfermeiro no pré-hospitalar?
O que diz a evidência?**

Autoria(s):

Raquel Antunes Ferreira

Afiliação do(s) autor(es):

Resumo

Introdução: As Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) integram uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência, estando capacitadas para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. De acordo com o Despacho n.º 4163/2019, os meios SIV têm como objetivos a estabilização pré-hospitalar e o transporte de doentes críticos sendo que, na sua carga dispõem de equipamentos e fármacos SIV, regulamentados por protocolos.

Nos dados estatísticos analisados, na SIV foram realizados 852 acionamentos, dos quais 96 ocorrências estão descritas como eventos de trauma. Estão ainda descritas 207 ocorrências definidas como pedidos de apoio diferenciado (*app.power.bi,2025*). Esta definição, surge através do pedido de apoio de bombeiros ao local de ocorrência para estabilização da vítima, onde grande número destes episódios são para a realização de analgesia em eventos de trauma.

A zona geográfica de caracteriza-se pela existência de estradas com elevado tráfego e abuso da velocidade permitida, contribuindo para uma elevada incidência de acidentes rodoviários. Neste contexto, o trauma violento e a atuação do enfermeiro perante situações de fraturas expostas constituem um desafio frequente na história da SIV local.

As fraturas expostas, associadas a eventos de trauma com envolvimento de alta energia cinética representam um risco aumentado de infeção, atendendo ao dano causado aos tecidos moles circundantes e à introdução de contaminantes ambientais na ferida. Neste âmbito, a classificação de *Gustilo-Anderson* de fraturas expostas expõe que diferentes tipos de fratura representam diferentes taxas de infeção, com diferentes combinações patogénicas, sendo utilizada para orientar a antibioterapia profilática (Garner et al., 2020). Esta Classificação constitui o método de referência mais reconhecido para a estratificação de fraturas expostas, descrevendo três tipos de fraturas, baseados na extensão da lesão e na contaminação local. Posteriormente, esta classificação foi alvo de revisões, resultando na adição de subtipos de classificação de fraturas, nomeadamente do tipo III e, na inclusão de critérios relacionados com a energia do trauma e os danos nos tecidos moles (Maia & Marques, 2021).

Neste âmbito, a evidência apoia a administração de antibióticos, particularmente cefalosporinas de primeira geração, devendo estas serem iniciadas o mais rapidamente possível após a lesão, reduzindo significativamente o risco de infeção posterior (Hauser et al., 2006). Holtom (2006) corrobora a literatura e refere que nas fraturas expostas, os antibióticos devem ser iniciados o mais precocemente e continuados nos três dias seguintes, se existirem fraturas do tipo I e II ou, por cinco dias, para o caso de fraturas do tipo III. Desta forma, os estudos demonstram que a implementação de protocolos fundamentados em evidências, para profilaxia antibiótica nas fraturas expostas, resultam na diminuição significativa da necessidade de uso de outros antibióticos num contexto de internamento hospitalar (Rodriguez et al., 2014) bem como, na diminuição do tempo de internamento e de reabilitação (Moraes et al., 2025).

Em síntese, a pesquisa de evidência científica resultou no destaque da importância da administração precoce de antibióticos, após a ocorrência de um evento traumático de alta energia. Importa neste contexto, refletir sobre a competência do enfermeiro da equipa SIV para assegurar responsabilidade e adequação desta intervenção terapêutica, estando esta associada a uma redução significativa de complicações relacionadas com o risco de infeção, tornando-se evidente que o tempo de início da administração da antibioterapia exerce um impacto determinante no prognóstico de vítimas com fraturas expostas que recorrem aos serviços de emergência pré-hospitalar.

Objetivos: Compreender a importância da profilaxia antibiótica em fraturas expostas; Refletir sobre a melhor abordagem do enfermeiro do pré-hospitalar perante fraturas expostas.

Metodologia: Projeto de intervenção: reflexão com análise crítica baseada na evidência científica.

Conclusões: Face ao exposto, torna-se crucial investir no acesso e administração rápida de antibióticos contribuindo para otimizar os resultados clínicos sendo que, a abordagem à vítima de fratura exposta deve ser entendida como uma prioridade estratégica, para além do desafio técnico que representa, atendendo aos protocolos existentes no meio pré-hospitalar. Desenvolver protocolos que estabeleçam condutas sistematizadas pelas equipas que constituem as SIV, é fundamental para assegurar uma abordagem diferenciadora e de qualidade perante a abordagem a vítimas com fraturas expostas, integrando então a administração precoce de antibióticos como intervenção prioritária para a prevenção e controlo de processos infecciosos.

Palavras-Chave: Profilaxia; fraturas expostas; enfermeiro; pré-hospitalar.

Referências Bibliográficas:

- Despacho n.º 4163/2019 de 16 de abril (2019). Diário da República: II Série, N.º 75/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4163-2019-122109203>
- Garner, M. R., Sethuraman, S. A., Schade, M. A. & Boateng, H. (2020). *Profilaxia Antibiótica em fraturas Expostas: Evidências, Questões em Evolução e Recomendações*. *Journal of the AAOS: American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 28(8), 309-315. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-18-00193>
- Hauser, C. J., Junior, C. A. A. & Eachempati, S. R. (2006). *Diretriz da Sociedade de Infecção Cirúrgica: Uso Profilático de Antibióticos em Fraturas Expostas: Uma Diretriz Baseada em Evidências*. *Surg Infect (Larchmt)*, 7(4), 379-405. doi 10.1089/sur.2006.7.379
- Holtom, P. D. (2006). Profilaxia Antibiótica: Recomendações Atuais. *Journal of The AAOS: American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 14(10), 98-100. https://journals.lww.com/jaaos/fulltext/2006/00001/antibiotic_prophylaxis__current_recommendations.23.aspx
- Maia, D. G & Marques, B. C. (2021, setembro 21). *Ortopedia: Classificação das Fraturas Expostas*. Blog Artmed. <https://www.artmed.com.br/artigos/ortopedia-classificacao-das-fraturas-expostas>
- Morais, B. M., Silva, G. M., Junior, S. G., Cajé, L. C. S., Freitas, D. F. & Louzeiro, K. Y. J. P. (2025). *Impacto do Tempo de Início de Antibioticoterapia e da Intervenção Cirúrgica no Prognóstico de Pacientes com Fratura Exposta Grau III em Ambientes de Emergência*. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 11(4), 1512-1520. doi.org/10.51891/rease.v11i4.18752
- Rodriguez, L., Jung, H. S., Goulet, J. A., Cicalo, A., Aranda, D. A. M. & Napolitano, L. M. (2014). *Protocolo Baseado em Evidências para Antibióticos Profiláticos em Fraturas Expostas. Melhoria na Administração de Antibióticos sem Aumento nas Taxas de Infecção*. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 77(3), 400-408. Doi: 10.1097/TA.0000000000000398

Nota: Não serão admitidas referências a marcas comerciais, fármacos ou produtos médicos. Na apresentação de resumos, relativos a casos clínicos, não existe necessidade de apresentar, os métodos e os resultados.

APÊNDICE III – POSTER “PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM FRATURAS EXPOSTAS: QUE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR? O QUE DIZ A EVIDÊNCIA?” SUBMETIDO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM DE TRANSPORTE AÉREO DE DOENTES DO INEM

PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM FRATURAS EXPOSTAS

Que atuação do enfermeiro no pré-hospitalar? O que diz a evidência?

O ENFERMEIRO NA SIV DE POMBAL

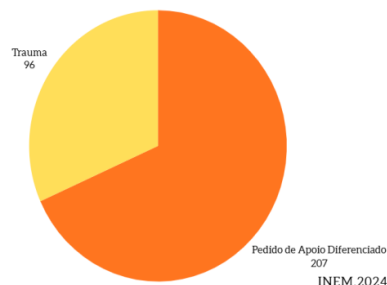
As ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) integram um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar. As SIV têm como objetivos a estabilização pré-hospitalar e o transporte de doentes críticos, dispondo de equipamentos e fármacos de Suporte Imediato de Vida, regulados por protocolos.

Despacho n.º 4163/2019)

A zona de Pombal caracteriza-se por tráfego intenso e excesso de velocidade, contribuindo para a elevada incidência de acidentes rodoviários. Neste contexto, o trauma violento e a intervenção do enfermeiro em fraturas expostas representam desafios frequentes na SIV.

AS ESTATÍSTICAS

DADOS DA SIV POMBAL EM 2024
852 ACIONAMENTOS



Os pedidos de apoio diferenciado correspondem a pedidos dos bombeiros para apoio na estabilização da vítima, em situações inicialmente não consideradas graves. Grande parte destes pedidos está relacionada com a necessidade de analgesia em eventos de trauma.

A evidência...

As fraturas expostas, associadas ao trauma representam aumento de risco de infeção, devido aos danos nos tecidos circundantes e à introdução de contaminantes ambientais na ferida.

(Garner et al., 2020)

A **Classificação de Gustilo-Anderson** é reconhecida como referência para a estratificação de fraturas expostas e descreve três tipos de fraturas, baseados na **extensão da lesão** e na **contaminação local**. Expõe ainda que diferentes tipos de fratura representam diferentes taxas de infeção, com diferentes combinações patogénicas, sendo utilizada para **orientar a antibiotioterapia profilática**.

(Garner et al., 2020)

A implementação de protocolo para profilaxia antibiótica nas fraturas expostas, reduz significativamente a necessidade de antibióticos durante o internamento, bem como o tempo de internamento e de reabilitação.

(Rodriguez et al., 2014; Morais et al., 2025)

A administração de antibióticos, particularmente cefalosporinas de primeira geração, devendo estas serem iniciadas o mais rapidamente possível após a lesão, reduzindo significativamente o risco de infeção posterior.

(Hauser et al., 2006).

Os antibióticos devem ser iniciados o mais precocemente e continuados nos três dias seguintes, se existirem fraturas do tipo I e II ou, por cinco dias, para o caso de fraturas do tipo III.

Holtom (2006)

Refletir sobre a importância de iniciar antibioterapia precocemente no pré-hospitalar em vítimas com fraturas expostas.

Desenvolver protocolos que assegurem uma abordagem diferenciadora do enfermeiro SIV perante a vítima com fratura exposta, integrando a administração precoce de antibióticos, como intervenção prioritária para a prevenção e redução significativa de complicações.

Autoras:

Raquel Antunes

APÊNDICE IV – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA BASEADA NUM ARTIGO (UCI)

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

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

Mestranda: Raquel Antunes Ferreira

Número: 5240041

Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos

Professor Supervisor: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

1. Título do Artigo Científico:

“Capnography in the ICU: Best practices and new frontiers”

2. Referência do Artigo Científico:

Karunarathna, I.; Jayawardana, A.; Vidanagama, U.; Fernando, C.; Ekanayake, U.; Hapuarachchi, T.; Gunasena, P.; Aluthge, P.; Perera, N.; Gunathilake, S.; Alvis, K.; Gunawardana, K.; Rajapaksha, S.; Warnakulasooriya, A.; Athulgama, P.; Dias, S.; Ranwala, R. Bandara, S.; Godage, S. & Rodrigo, P. N. (2025). *Capnography In The ICU: Best Practices And New Frontiers*. Uva Clinical Anaesthesia and Intensive Care, 2827-7198. www.researchgate.net/publication/389040991_Capnography_in_the_ICU_Best_Practices_and_New_Frontiers

3. Temática principal abordada no Artigo Científico:

O artigo científico centra-se na Capnografia como método fundamental de monitorização da Pessoa em Situação Crítica (PSC) internada na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), apresentando fundamentação sobre esta técnica, a sua aplicação e a interpretação da onda de *End-Tidal Carbon Dioxide* (EtCO₂). Destaca a sua utilidade na manutenção da via aérea avançada, monitorização da ventilação e sedação, evidenciando, a sua importância na reanimação cardiorrespiratória, nomeadamente na avaliação da qualidade das compressões torácicas e na deteção do retorno da circulação espontânea.

4. Contextualização da situação vivenciada, em Estágio, que promoveu a procura de evidência científica no âmbito da temática principal abordada no Artigo Científico:

Numa fase inicial do estágio na UCI, constatei que a capnografia não é utilizada como método de monitorização da PSC, devido a falhas relacionadas com a conectividade entre os capnógrafos e os monitores. Neste contexto, vivenciei duas situações que me despoletaram a procura de evidência científica neste âmbito, sendo que a primeira está relacionada com a PSC sob ventilação mecânica invasiva (VMI) que apresentava dessaturação persistente, apesar das várias intervenções de enfermagem realizadas para reverter o quadro, nomeadamente o ajuste da sedoanalgesia para melhorar a adaptação ao ventilador, a verificação da posição do tubo endotraqueal, a aspiração de secreções, a verificação do *cuff* e o próprio posicionamento da PSC. Perante a ausência de melhoria dos valores da oximetria de pulso, questioneei-me sobre uma possível suspeita de intubação seletiva ou extubação parcial, reconhecendo que a capnografia poderia ter constituído uma ferramenta relevante para dar resposta a este raciocínio e melhorar o *outcome* da PSC conectada à VMI.

A outra experiência vivenciada está relacionada com uma paragem cardiorrespiratória, na qual, durante as manobras de suporte avançado de vida, senti a necessidade recorrer à monitorização por capnografia para avaliar, em tempo real, a eficácia das compressões torácicas de alta qualidade, bem como para monitorizar os valores de EtCO₂ enquanto indicadores da eventual ocorrência de retorno da circulação espontânea. Neste

contexto, refleti que a capnografia assumiria um papel determinante para a tomada de decisão, fornecendo dados que iriam permitir otimizar o desempenho da equipa durante as manobras de reanimação.

5. Análise crítico-reflexiva da temática principal do Artigo Científico, no contexto da prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, sua Família e/ou Cuidador Informal, tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica:

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) distingue-se pela sua capacidade de responder “(...) *de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363), integrando esta atuação com a capacidade de refletir sobre a prática, enquanto estratégia promotora da melhoria contínua da prestação de cuidados. Neste sentido, no contexto de UCI, o EEMCPSC assume um papel determinante na vigilância e monitorização da PSC, particularmente em situações de instabilidade hemodinâmica, falência multiorgânica e de reanimação cardiorrespiratória.

De acordo com Assunção e Cunha (2025), a capnografia constitui uma tecnologia de monitorização avançada não invasiva que permite a identificação precoce da deterioração ventilatória, quando comparada à oximetria de pulso, destacando, contudo, a necessidade de competências especializadas de enfermagem para a sua correta interpretação. As autoras sublinham ainda que, o recurso à capnografia é fortemente recomendado em utentes sob analgesia opióide, atendendo ao risco potencial de complicações respiratórias, o que por sua vez, se revela particularmente pertinente e adequado ao contexto da PSC internada na UCI.

Paralelamente, Farajallah et al. (2025) reforçam a importância da monitorização por capnografia e aprofundam a sua aplicação no contexto da reanimação cardiorrespiratória em UCI, destacando o seu valor na deteção do retorno da circulação espontânea e na verificação do posicionamento do tubo endotraqueal. Os autores referem também que, em conformidade com as diretrizes da *American Heart Association*, os valores de EtCO₂ constituem um indicador relevante da eficácia das compressões torácicas e da consequente perfusão tecidual. Desta forma, atendendo à elevada complexidade da PSC, internada na UCI, a monitorização através da capnografia permite ao EEMCPSC adequar as suas intervenções e sustentar a sua tomada de decisão de uma forma imediata e fundamentada.

Deste modo, evidência científica analisada enquadra-se nas unidades de competência do EEMCPSC, nomeadamente no que respeita a prestar “(...) *cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*” e a garantir “(...) *a administração de protocolos terapêuticos complexos*” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

A ausência de monitorização da PSC por capnografia, compromete a vigilância e a identificação de eventos que afetam negativamente o *outcome* da PSC. As autoras Assunção e Cunha (2025) identificam também no seu estudo, barreiras significativas à utilização da capnografia, relacionadas com lacunas na formação dos enfermeiros. Esta limitação reforça a responsabilidade do EEMCPSC, no domínio da competência da melhoria contínua da qualidade, em assumir um papel ativo na implementação de protocolos, na supervisão, na capacitação e na promoção da formação contínua dos pares, à luz da evidência científica atualmente disponível, em consonância com a unidade de competência “*mobiliza conhecimentos e habilidades garantindo a melhoria contínua da qualidade*” (Regulamento n.º 140/2019, p.4747).

Em síntese, a análise crítico-reflexiva evidencia que a capnografia constitui um recurso indispensável na prestação de cuidados à PSC internada na UCI, assumindo-se não apenas como recurso de monitorização, mas

como um instrumento essencial de suporte à tomada de decisão, vigilância e à promoção de cuidados seguros, de qualidade e sustentados em evidência científica.

APÊNDICE V – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA BASEADA NUM ARTIGO (PH)

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

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

Mestranda: Raquel Antunes Ferreira

Número: 5240041

Serviço: Ambulância de Suporte Imediato de Vida e Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Professor/a Supervisor/a: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

5. Título do Artigo Científico:

“Protocol for the Communication of Bad News in Prehospital Emergencies”

6. Referência do Artigo Científico:

Malta, H.; Baptista, R.; Pereira, M. & Parente, P. (2022). *Protocol for the Communication of Bad News in Prehospital Emergencies*. Medical Sciences Forum. Vol. (17) 20, p. 1-4.
<https://doi.org/10.3390/msf2022017010>

7. Temática principal abordada no Artigo Científico:

O artigo científico centra-se na comunicação de más notícias (CMN) no contexto pré-hospitalar (PH), reconhecida como uma das intervenções mais desafiantes para os profissionais de saúde. Atendendo ao contexto caótico, imprevisível e, por vezes, violento da morte, impõe-se a necessidade de uma comunicação clara e empática com a família. Por conseguinte, verifica-se a necessidade de desenvolver protocolos para a CMN, capazes de melhorar a perceção e a experiência da família bem como, o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde envolvidos.

8. Contextualização da situação vivenciada, em Estágio, que promoveu a procura de evidência científica no âmbito da temática principal abordada no Artigo Científico:

Durante o estágio no PH, vivenciei uma situação relativa à complexidade da CMN em contextos de morte inesperada, tendo constatado que as equipas do PH assumem, perante as famílias, um papel determinante nestes contextos, influenciando significativamente a forma como estas iniciam o processo de luto. Neste sentido, apesar da comunicação, ser uma competência na qual habitualmente me sinto à vontade no meu contexto de trabalho, verifiquei que no PH, perante a exigência emocional e técnica, requer-se uma abordagem particularmente sensível e delicada.

Na VMER, fomos ativados para uma PSC, de 81 anos, previamente autónoma, em paragem cardiorrespiratória. À nossa chegada, estava sob suporte básico de vida, porém sempre com ritmo não desfibrilhável. Face ao tempo de manobras e aos sinais evidentes de ausência de viabilidade, a médica deu indicação para suspender as manobras. Neste cenário, senti que a família ao ver-nos chegar, tinha depositado todas as suas esperanças na equipa da VMER sendo que, a comunicação da morte desencadeou incredulidade, angústia e sofrimento visível.

Durante o processo de CMN, devo salientar a responsabilidade da médica que, apesar de direta e verdadeira, respeitou e deu espaço à manifestação da dor, oferecendo simultaneamente apoio. No sentido de também cuidar da família, adotei uma postura calma e empática e, procurei colocar-me à altura da família,

questionando se haveria algo que eu pudesse fazer para os ajudar. A reflexão sobre as emoções e comportamentos que observei, reforçou a necessidade de procurar evidência científica sobre a CMN e estratégias de apoio para o contexto PH.

5. Análise crítico-reflexiva da temática principal do Artigo Científico, no contexto da prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, sua Família e/ou Cuidador Informal, tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC:

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) detém a competência de assistir “(...) a família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363). Não obstante, atendendo à sua capacidade de reflexão crítica, deve analisar e questionar as práticas, promovendo a procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados.

No contexto PH, comunicar a morte representa um dos maiores desafios da comunicação para os profissionais de saúde. A CMN constitui, neste sentido, uma intervenção frequente no quotidiano destes profissionais, cuja importância não tem o reconhecimento devido e para a qual, existe ainda pouca evidência disponível que sustente a prática profissional.

No artigo científico em análise, destaca-se a importância de uma comunicação estruturada, em vez de improvisada, sendo dever dos profissionais de saúde conhecer as abordagens de CMN mais adequadas a cada contexto. Neste âmbito, o artigo refere-se também aos benefícios do treino e da utilização da comunicação assertiva, enquanto estratégia terapêutica, nomeadamente: a redução de ansiedade e conflitos emocionais, o fortalecimento da relação entre o profissional e a família e, o aumento da confiança dos profissionais de saúde na abordagem de questões relacionadas com a morte e, na própria comunicação da morte. Desta forma, conclui-se que o conhecimento e a preparação para a CMN permitem diminuir o impacto negativo na família refletindo as unidades de competência do EEEMCPSC no que diz respeito a demonstrar “(...) conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” e “(...) conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Neste sentido e alinhado com o princípio da melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados, enquanto competência comum do enfermeiro especialista, os autores do artigo propõem a implementação de um protocolo que orienta a CMN, em contextos de morte súbita, concebido para a emergência PH.

Enquanto futura EEEMCPSC e atendendo aos sentimentos que experienciei no estágio aquando da CMN, nomeadamente, a falta de preparação, a necessidade de improvisar e a incerteza sobre a forma adequada de me posicionar no cenário, reforçou a necessidade fulcral de melhorar a minha abordagem nestes contextos, alinhando-me com o pressuposto e o objetivo do artigo científico escolhido. Desta forma, a proposta do protocolo específico para o PH reconhece precisamente a sua complexidade e reforça que a CMN exige conhecimento e treino. Além disto, a proposta promove a centralização dos cuidados na família, permitindo que a CMN seja realizada de forma empática, minimizando o impacto emocional na família bem como, também nos profissionais de saúde que transmitem a notícia.

Em síntese, destaca-se o papel e a importância do EEEMCPSC no desenvolvimento de competências comuns e específicas para melhorar a CMN. Assim, torna-se fundamental ponderar a implementação de protocolos no PH que apoiem os enfermeiros na CMN e perceber o impacto que a comunicação da morte representa para uma transição saudável na vida das pessoas envolvidas no processo.