

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

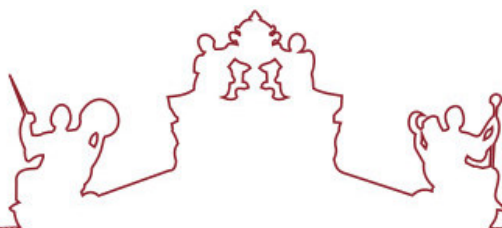
Soft Skills em Enfermagem: Tomada de Decisão do Enfermeiro Especialista no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com Trauma

Beatriz Isabel Faneca Gonçalves

Orientador(es) | Maria José Martins Catalão

Évora 2026





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

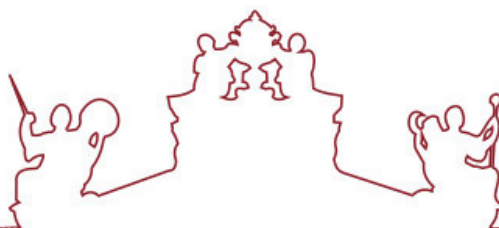
Soft Skills em Enfermagem: Tomada de Decisão do Enfermeiro Especialista no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com Trauma

Beatriz Isabel Faneca Gonçalves

Orientador(es) | Maria José Martins Catalão

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente		Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde)
Vogais		Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) Guida Maria Marques da Silva Amaral (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente) Maria José Martins Catalão (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria José Catalão pela sua supervisão, orientação pedagógica, apoio e carinho durante a realização deste projeto e percurso académico.

À Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica JB, MC e MC pela orientação e supervisão, disponibilidade e partilha de conhecimentos que construíram o meu percurso académico e profissional.

Aos meus colegas de trabalho e Enfermeira Gestora pela ajuda, compreensão e paciência durante este processo.

Aos colegas do 9º Mestrado em Associação em Enfermagem pelo companheirismo e partilha.

À Carlota pela sua companhia e *good vibe*.

E, às pessoas mais importantes da minha vida, a minha mãe e irmã por permanecerem a meu lado.

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica.

A intervenção à pessoa vítima de trauma exige um raciocínio célere e uma tomada de decisão fundamentada em ambientes complexos.

Este documento tem como objetivo descrever e analisar o processo de aquisição das competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem.

Adotou-se uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, suportada por uma revisão da literatura e orientada pelo Modelo do Julgamento Clínico.

A reflexão sobre as atividades desenvolvidas nos contextos de prática clínica pré-hospitalar e hospitalar demonstra a integração contínua da melhor evidência científica na prestação de cuidados.

Conclui-se que o percurso formativo consolidou o crescimento profissional e académico, capacitando para uma prática especializada autónoma, segura e de excelência perante a pessoa em situação crítica

Palavras-Chave: Pessoa em Situação Crítica; Tomada de Decisão; Trauma; Enfermagem.

ABSTRACT

Soft Skills: Specialist Nurse Decision Making in Care of Trauma Critical Patient

This report was developed within the scope of the master's degree in Medical-Surgical Nursing with Specialization in the Care of the Critically Ill Person.

Intervening with trauma victims requires rapid reasoning and evidence-based decision-making in complex environments.

This document aims to describe and analyze the process of acquiring the competencies of Specialist Nurse and Master in Nursing.

A descriptive and critical-reflective methodology was adopted, supported by a literature review and guided by the Clinical Judgment Model.

Reflection on the activities developed in pre-hospital and hospital clinical practice contexts demonstrates the continuous integration of the best scientific evidence in care delivery.

It is concluded that the training path consolidated professional and academic growth, enabling an autonomous, safe, and excellent specialized practice towards the critically ill person.

Keywords: Critically Ill Person, Decision-Making, Trauma, Nursing

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CVVHDF - Hemodiafiltração Veno-Venosa Contínua

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico - Cirúrgica

EMC – PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

ERC – *Enterobacteriaceas* Resistentes aos Carbapenemos

ACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ITLS - International Trauma Life Support

JBI – *Joanna Briggs Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

START - *Simple Triage and Rapid Treatment* - Triagem Simples e Tratamento Rápido

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TAS -Técnico Auxiliar de Saúde

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

UC – Unidade Curricular

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	13
1.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DE ENFERMAGEM	13
1.2. CONCEPTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	14
1.3. TOMADA DE DECISÃO NO TRAUMA	18
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	20
2.1. EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR: AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA (SIV)	20
2.1.1. Enquadramento e Estrutura Física	20
2.1.2. Recursos Humanos e Organização do Trabalho	21
2.1.3. Apreciação do contexto e Análise SWOT	21
2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA (SUMC)	22
2.2.1. Enquadramento e Estrutura Física	22
2.2.2. Recursos Humanos e Organização do Trabalho	23
2.2.3. Apreciação do contexto e Análise SWOT	26
2.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)	26
2.3.1. Enquadramento e Estrutura Física	26
2.3.2. Recursos Humanos e Organização do Trabalho	28
2.3.3. Apreciação do contexto e Análise SWOT	29
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	31
3.1. DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	33
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	49
CONCLUSÃO	61

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS63

Índice de Apêndices

APÊNDICE I – Resumo da <i>Scoping Review</i> “Fatores que Influenciam a Tomada de Decisão do Enfermeiro na Intervenção à Pessoa em Situação Crítica com Trauma” ...	70
APÊNDICE II – Proposta de <i>Checklist</i> da Mala de trauma ambulância SIV	72
APÊNDICE III – Resumo referente ao póster “Tomada de Decisão do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica com Trauma”	74
APÊNDICE IV – Resumo da <i>Scoping Review</i> “Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência: <i>scoping review</i> ”	77
APÊNDICE V – Fluxograma representativo da elaboração da Instrução de trabalho “Intervenções de enfermagem no controlo de infeção por <i>Clostridioides difficile</i> ”	79
APÊNDICE VI – Fluxograma representativo da elaboração da Instrução de trabalho “Nutrição Entérica no Doente Crítico”	81
APÊNDICE VIII – Plano de sessão da formação “Apresentação da Instrução de Trabalho Nutrição Entérica no Doente Crítico”	87
ANEXOS	92
ANEXO I – Curso <i>Advanced Cardiovascular Life Support</i>	93
ANEXO II - Curso <i>Pediatric Advanced Life Support</i>	95
ANEXO III - Curso <i>International Trauma Life Support</i>	97
ANEXO IV - Curso <i>Immediate Life Support</i>	99
ANEXO VI - Formação Via Verde Trauma.....	103
ANEXO VII - <i>Workshop</i> de Análises Clínicas: “Domina a Interpretação de Análises e Impressiona os Teus Doentes”	105
ANEXO VIII – Presença no Congresso Internacional do Doente Crítico	107
ANEXO IX - 1 ^{as} Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da Unidade Local de Saúde do Algarve, do “Caos à Excelência”	109
ANEXO X – 1 ^{as} <i>International Seminar on Implementation Science and Nursing</i>	111
ANEXO XI - Conferência” Silêncios que gritam: desmitificar a(s) violência(s)”	113
ANEXO XII - Seminário (RE)AGIR: QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE Gestão de Recursos em Emergência e catástrofe	115
ANEXO XIII - Ação de formação Digital “Prevenção e controlo de Infeção”	117

Índice de Anexos

ANEXO I – Curso <i>Advanced Cardiovascular Life Support</i>	93
ANEXI II - Curso <i>Pediatric Advanced Life Support</i>	95
ANEXO III - Curso <i>International Trauma Life Support</i>.....	97
ANEXO IV - Curso <i>Immediate Life Support</i>	99
ANEXO VI - Formação Via Verde Trauma.....	103
ANEXO VII - <i>Workshop</i> de Análises Clínicas: “Domina a Interpretação de Análises e Impressiona os Teus Doentes”	105
ANEXO VIII – Presença no Congresso Internacional do Doente Crítico	107
ANEXO IX - 1^{as} Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da Unidade Local de Saúde do Algarve, do “Caos à Excelência”	109
ANEXO X – 1^{as} <i>International Seminar on Implementation Science and Nursing</i>	111
ANEXO XI - Conferência” Silêncios que gritam: desmitificar a(s) violência(s)”	113
ANEXO XII - Seminário (RE)AGIR: QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE Gestão de Recursos em Emergência e catástrofe.....	115
ANEXO XIII - Ação de formação Digital “Prevenção e controlo de Infecção”	117

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Mapeamento da temática "Tomada de Decisão no Trauma" nos Regulamentos de Competências da Ordem dos Enfermeiros	16
--	-----------

INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, inserida no plano de estudos do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica (EMC - PSC). Este documento, de natureza profissional, tem como finalidade descrever, analisar e refletir sobre o percurso formativo, com enfoque no desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC-PSC, bem como das competências que conferem o grau de Mestre.

Os contextos clínicos permitiram o aprofundamento prático de conhecimentos e o desenvolvimento destas competências em cenários de elevada complexidade. O percurso formativo foi desenvolvido em três contextos distintos: o estágio em emergência extra-hospitalar que decorreu numa Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e; os estágios seguintes decorreram em contexto hospitalar, num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e num Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Em conformidade com as diretrizes éticas e académicas, garantiu-se a total anonimização das instituições e dos profissionais envolvidos ao longo de todo o documento.

A escolha do tema orientador deste relatório, os fatores que determinam a tomada de decisão do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica com trauma, surge da necessidade premente de compreender como o raciocínio clínico e as *Soft Skills* atuam nestes cenários de exceção. A evidência demonstra que o desenvolvimento da competência do enfermeiro transcende as habilidades técnicas, exigindo uma forte capacidade relacional, experiência e julgamento clínico (Benner, 2001). No contexto do doente politraumatizado, a prevenção de complicações e a priorização assertiva de intervenções configuram um processo mental complexo que exige do enfermeiro não apenas destreza, mas uma elevada capacidade de gestão emocional, comunicação e um raciocínio rápido e estruturado para evitar a deterioração e garantir a sua sobrevivência (Marques et al., 2022; Freitas et al., 2024).

A pertinência desta temática alinha-se de forma direta com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados da Ordem dos Enfermeiros (OE), que preconizam a excelência, a segurança e a gestão eficaz do cuidado. Simultaneamente, converge com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, na medida em que a tomada de decisão rápida e fundamentada é um pilar essencial para a minimização de riscos e a promoção de uma prática segura e eficaz.

Para suportar esta reflexão e alicerçar a prática clínica na teoria, selecionou-se o Modelo do Julgamento Clínico de Christine Tanner (2006) como referencial teórico orientador. Este modelo desconstrói a complexidade do raciocínio clínico, demonstrando que a decisão em enfermagem não resulta apenas da aplicação linear do conhecimento teórico, mas de um processo dinâmico que integra a experiência, a leitura do contexto e a reflexão sobre a prática. Através das suas quatro fases, *Noticing* (perceber), *Interpreting* (interpretar), *Responding* (Responder) e *Reflecting* (Refletir), o modelo de Tanner oferece o fio condutor ideal para analisar a tomada de decisão perante a pessoa com trauma.

A metodologia adotada para a elaboração deste relatório privilegia uma abordagem descritiva e crítico-reflexiva, focada na análise das atividades vivenciadas nos diferentes contextos de prática (SIV, SUMC e SMI). Complementarmente, a fundamentação científica deste documento alicerça-se na melhor evidência disponível, suportada pela realização de uma revisão da literatura do tipo *Scoping Review* sobre os fatores que influenciam a tomada de decisão no cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC) com trauma. O objetivo geral deste Relatório visa demonstrar a aquisição de competências do EE em EMC - PSC, bem como as competências de mestre. Por sua vez, os objetivos específicos são:

- Realizar o enquadramento teórico e conceptual da temática em estudo através de uma *Scoping Review*, sustentando a pertinência do tema no Modelo de Tanner e nos referenciais normativos da OE e do PNSD;
- Caracterizar os contextos formativos e clínicos (SIV, SUMC e SMI) que enquadraram as experiências desenvolvidas;
- Elaborar uma análise reflexiva das atividades realizadas, demonstrando o seu contributo para o desenvolvimento das competências especializadas e de mestre.

Para dar resposta a estes objetivos, o relatório encontra-se organizado em quatro capítulos principais. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico e conceptual, explorando o referencial de Tanner, as políticas de segurança e a síntese da evidência da *Scoping Review*. O segundo capítulo procede à caracterização dos contextos clínicos (SIV, SUMC e SMI), analisando a infraestrutura, recursos humanos, organização do trabalho e dinâmicas de cada serviço. O terceiro capítulo integra a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas ao longo dos estágios. Por fim, o quarto capítulo, a Conclusão, sintetiza as aprendizagens e o impacto do percurso formativo no desenvolvimento profissional e académico.

O presente documento encontra-se redigido em conformidade com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e segue rigorosamente as normas de referência da *American Psychological Association* (APA), sétima edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DE ENFERMAGEM

A prática especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica exige uma base teórica sólida que oriente a complexidade do cuidado e fundamente as intervenções de forma estruturada. Para sustentar a análise da tomada de decisão no doente com trauma ao longo deste relatório, adotou-se o Modelo do Julgamento Clínico de Christine Tanner (2006) como referencial orientador. A escolha deste modelo justifica-se pela sua profunda congruência com os conceitos metaparadigmáticos definidos pela OE no contexto da PSC. Nesta perspetiva, a Pessoa vítima de trauma é compreendida na sua dimensão holística e de extrema vulnerabilidade, enquanto parte integrante de uma família, vivenciando uma transição inesperada que ameaça a sua Saúde e sobrevivência. O Ambiente, que no trauma abrange contextos dinâmicos e de elevada pressão, como o pré-hospitalar ou a sala de emergência, desempenha um papel central na teoria de Tanner, uma vez que a decisão do enfermeiro é fortemente condicionada pela complexidade e pelos recursos do meio envolvente. Assim, os Cuidados de enfermagem materializam-se através de um raciocínio rápido e intencional, visando estabilizar as funções vitais, prevenir complicações e garantir a segurança.

A OE refere, no seu Regulamento de Competências Específicas, que o EE tem a competência para cuidar da PSC e da sua família/cuidador com uma visão holística (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Perante a complexidade inerente à PSC com trauma, a tomada de decisão do enfermeiro assume um papel determinante na definição do prognóstico e na preservação da qualidade de vida do doente. O Modelo do Julgamento Clínico de Tanner defende que o julgamento não resulta apenas da aplicação linear do conhecimento teórico, mas integra a experiência prévia do profissional, o contexto da situação (ambiente) e a reflexão contínua sobre a prática (Tanner, 2006).

Para clarificar e fortalecer o processo de tomada de decisão do enfermeiro nestes cenários clínicos complexos, o modelo faz a distinção entre o conceito de Raciocínio Clínico, que descreve os mecanismos de análise, comparação de alternativas e seleção da opção mais fundamentada em evidência e, o de Julgamento Clínico, que diz respeito à conclusão a que o enfermeiro chega sobre as necessidades do doente e à consequente escolha de intervir (ou não). Para estruturar este processo mental e analítico, Tanner (2006) propõe quatro fases essenciais:

- *Noticing* (Perceber): Implica que o enfermeiro, com base na sua experiência prévia, conhecimento teórico e percepção do contexto, identifique alterações ou sinais relevantes na condição do doente.
- *Interpreting* (Interpretar): Envolve a análise e atribuição de significado aos dados recolhidos, recorrendo a vários tipos de raciocínio (analítico, narrativo e/ou intuitivo), definindo prioridades e estabelecendo cenários de atuação.
- *Responding* (Responder): Traduz-se na decisão concreta sobre o plano de cuidados ou a intervenção a realizar, adequando-se às necessidades identificadas e respeitando protocolos ou linhas de orientação.
- *Reflecting* (Refletir): Corresponde a uma avaliação contínua e retrospectiva dos resultados obtidos, analisando a adequação de cada fase anterior e recolhendo aprendizagens para decisões futuras.

Apesar de frequentemente aplicado a contextos de formação, o modelo de Tanner adapta-se perfeitamente à prática clínica real, ao valorizar fatores como a experiência acumulada do enfermeiro, o conhecimento específico do doente e a organização do ambiente de cuidados. Revela-se, assim, especialmente pertinente para a tomada de decisão do enfermeiro no cuidado à PSC com trauma, pois oferece um quadro estruturado para analisar rapidamente indicadores de gravidade, atribuir prioridades e escolher intervenções baseadas na melhor evidência científica (Tanner, 2006).

Em cenários de trauma, onde o prognóstico do paciente depende de decisões céleres e precisas, o modelo de Tanner contribui para que cada fase do processo clínico seja desenvolvida de forma sistematizada e crítica. Desta forma, o enfermeiro pode agilizar a identificação de riscos, ajustar as intervenções de acordo com a evolução clínica e, simultaneamente, promover a segurança e a qualidade dos cuidados (Nunes et al., 2020).

1.2. CONCEPTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A tomada de decisão no cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC) com trauma é um processo de elevada exigência, que ocorre frequentemente em ambientes de grande pressão, incerteza e rápida mutabilidade clínica. Neste contexto, as *Soft Skills* assumem um papel central na prática profissional da enfermagem, por integrarem conceitos éticos, relacionais e emocionais incontornáveis.

As *Soft Skills* constituem um conjunto de competências transversais de natureza interpessoal, relacional e emocional que complementam as competências técnicas e científicas do enfermeiro. Entre estas destacam-se a comunicação eficaz, a empatia, a inteligência emocional, consciência situacional, o trabalho em equipa, a liderança e o

pensamento crítico. Estas competências contribuem para a qualidade e segurança dos cuidados, favorecendo a gestão e liderança das equipas, a comunicação e a satisfação de todos os elementos intervenientes (Laari et al., 2024; Song et al., 2024).

Na enfermagem, as *Soft Skills* assumem particular relevância devido à crescente complexidade dos cuidados e à necessidade de tomada de decisão clínica em situação frequentemente marcadas pela incerteza. O EE mobiliza conhecimentos científicos, competências técnicas e não técnicas e capacidades relacionais para realizar uma avaliação abrangente da situação clínica, identificar prioridades e implementar intervenções adequadas às necessidades da PSC, família e comunidade. Neste sentido, as competências como o pensamento crítico, a comunicação, a liderança e a gestão de conflitos constituem elementos facilitadores de uma tomada de decisão fundamentada (Zainal et al., 2025).

Como destaca Benner (2001), o desenvolvimento da competência do enfermeiro transcende as habilidades puramente técnicas, exigindo um refinado julgamento clínico, experiência e uma profunda capacidade relacional entre o profissional e a pessoa/família, aspetos determinantes para alcançar a excelência no cuidado. A tomada de decisão configura-se, assim, como um processo mental complexo de recolha, interpretação e avaliação de dados, culminando na seleção da ação mais apropriada e suportada pela melhor evidência científica (Freitas et al., 2024; Marques et al., 2022).

Esta capacidade de decisão está intimamente ligada ao conceito de Segurança do Doente, um princípio basilar da qualidade em saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Direção-Geral da Saúde (DGS) definem a Segurança como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023; World Health Organization [WHO], 2021).

Em Portugal, o PNSD 2021-2026 estabelece como pilares fundamentais a formação contínua dos profissionais para a melhoria da qualidade e a mitigação de barreiras no processo de tomada de decisão clínica. A implementação e utilização de meios digitais, bem como o recurso a protocolos e normas de orientação clínica, são estratégias fortemente recomendadas para padronizar processos, reduzir a variabilidade do cuidado e sustentar a decisão do enfermeiro, aumentando significativamente a segurança da pessoa politraumatizada (DGS, 2023).

Para orientar a prática avançada, a Ordem dos Enfermeiros publicou os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica. Estes padrões definem resultados de excelência em áreas cruciais como a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

No contexto específico do trauma, a prevenção de complicações exige do enfermeiro uma identificação precoce de riscos e a implementação imediata de intervenções que evitem a deterioração fisiológica. O enunciado referente ao bem-estar e autocuidado é igualmente determinante, pois a escolha de intervenções que promovam o alívio da dor, o conforto e a estabilidade hemodinâmica são essenciais à recuperação (OE, 2017).

É neste ponto que a organização dos cuidados de enfermagem e os métodos de trabalho adotados pelas equipas (como o método individual ou o trabalho em equipa) se relacionam diretamente com os Padrões de Qualidade. A forma como o trabalho é gerido num Serviço de Urgência ou numa Unidade de Cuidados Intensivos tem impacto direto na celeridade da resposta ao trauma. Uma organização eficaz garante que a priorização das ações, a atribuição de tarefas e a articulação multidisciplinar decorram sem falhas de comunicação, criando um ambiente onde a tomada de decisão do enfermeiro seja segura, ágil e focada na estabilização do doente.

Por fim, o enquadramento normativo da profissão, através do Regulamento n.º 140/2019 e do Regulamento n.º 429/2018 (Competências Específicas do EE em EMC-PSC), reforça que o Enfermeiro Especialista deve dominar o cuidado a processos complexos de doença crítica e dinamizar a resposta em situações de emergência e catástrofe. A eficácia desta resposta exige um raciocínio clínico fundamentado e a capacidade de promover a melhoria contínua da qualidade e a gestão segura dos cuidados, validando o papel imprescindível da especialização na sobrevivência e recuperação da PSC com trauma (OE, 2018, OE, 2019a).

Assim, para que a intervenção do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC seja segura e eficaz, a sua práxis deve estar intrinsecamente alinhada com os referenciais normativos que regem a profissão. O Regulamento das Competências Comuns (n.º 140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas (n.º 429/2018) da OE evidenciam que a 'tomada de decisão' e o domínio da resposta ao 'trauma' não são elementos acessórios, mas sim componentes estruturantes e obrigatórias do exercício especializado. Com o intuito de demonstrar a relevância legal e profissional da temática explorada neste relatório, procedeu-se ao mapeamento dos critérios de avaliação da OE que exigem diretamente uma tomada de decisão ágil e fundamentada perante a pessoa vítima de trauma (Tabela 1).

Tabela 1 - Mapeamento da temática "Tomada de Decisão no Trauma" nos Regulamentos de Competências da Ordem dos Enfermeiros

Domínio da Ordem dos Enfermeiros (OE)	Critérios de Avaliação (OE)	Articulação com a Temática do Projeto (Tomada de Decisão no Trauma)
Competências Comuns (Regulamento n.º 140/2019) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	O cuidado ao doente politraumatizado exige decisões rápidas sob elevada pressão. A temática explora como o enfermeiro sustenta estas decisões eticamente e como a fase de <i>Reflecting</i> (Tanner, 2006) permite avaliar os resultados da decisão tomada no trauma.
Competências Comuns (Regulamento n.º 140/2019) Gestão dos Cuidados	C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	A temática central foca-se na identificação dos fatores organizacionais e da equipa que interferem na agilização da decisão durante a abordagem inicial ao trauma (ex: via verde trauma).
Competências Específicas (Regulamento n.º 429/2018) 1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica	1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. 1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma.	A tomada de decisão eficaz é o mecanismo mental que permite ao enfermeiro antecipar a instabilidade clínica da vítima de trauma, traduzindo o julgamento clínico imediato em ações de suporte avançado de vida.

Competências Específicas (Regulamento n.º 429/2018)	2.1.2 — Adequa	A decisão clínica no
2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe	resposta em situação de trauma.	trauma extra-hospitalar ou na sala de emergência
	2.1.3 — Realiza triagem primária e secundária.	obriga a uma triagem (primária e secundária) constante, em que o
	2.4.3 — Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência.	enfermeiro adapta continuamente as suas respostas baseadas na evolução da instabilidade do doente.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2018, 2019) (elaboração própria)

1.3. TOMADA DE DECISÃO NO TRAUMA

Para consubstanciar a análise da prática clínica e garantir que a intervenção e a tomada de decisão do enfermeiro especialista estão alicerçadas na melhor evidência científica disponível, procedeu-se a uma revisão da literatura do tipo *Scoping Review*, seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI). O processo de pesquisa e mapeamento de evidência culminou na elaboração de um artigo científico, cujo resumo se encontra disponível para leitura no Apêndice I.

Após a pesquisa e análise da literatura, identificou-se que os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro no cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC) com trauma podem ser agrupados em três dimensões principais: Fatores Individuais (referentes ao enfermeiro), Fatores relacionados com o Doente, Fatores Organizacionais e Contextuais.

No que respeita aos fatores individuais, diversos autores destacam a relevância da experiência profissional prévia e da formação contínua como elementos promotores de uma maior capacidade de tomada de decisão (Brigolini & Ciconet, 2023; Gupta et al., 2024; Mani et al., 2024; Suamchaiyaphum et al., 2024). A evidência demonstra que os enfermeiros mais experientes, sobretudo quando apoiados pela própria instituição, desenvolvem maior capacidade de resiliência e apresentam melhor desempenho mesmo em cenários de elevada pressão e complexidade (Mani et al., 2024). Adicionalmente, a formação especializada contínua está diretamente associada a escolhas mais apropriadas de intervenções e a uma prestação de cuidados de excelência com visão holística (Brigolini & Ciconet, 2023; Lourenço et al., 2022). A capacidade de julgamento clínico aliada à experiência permite, por exemplo,

identificar com maior rapidez sinais de gravidade clínica durante a triagem (Suamchaiyaphum et al., 2024).

Relativamente aos fatores relacionados com o doente, certas características na apresentação clínica condicionam fortemente a celeridade do raciocínio e julgamento do enfermeiro. A presença de ferimentos graves ou hemorragias visíveis influencia a rapidez na identificação e classificação, desencadeando frequentemente um fenómeno descrito na literatura como "Supertriagem" (Suamchaiyaphum et al., 2024). Adicionalmente, a idade e o nível de consciência da vítima são fatores determinantes na priorização da gravidade e na rapidez do processo clínico (Gupta et al., 2024).

Por fim, os fatores organizacionais e contextuais desempenham um papel crítico como facilitadores ou barreiras à tomada de decisão. A superlotação de serviços que não estejam preparados para o escalar repentino de afluência, aliada a uma disponibilidade limitada de recursos e de equipas multidisciplinares, condiciona negativamente a capacidade de resposta e provoca sentimentos de frustração nas equipas (Mani et al., 2024; Sousa et al., 2024). A carga de trabalho excessiva e a duração prolongada dos turnos afetam a rapidez e a precisão da triagem pelo enfermeiro responsável (Brigolini & Ciconet, 2023; Suamchaiyaphum et al., 2024). Em contrapartida, a gestão adequada do stresse e a colaboração eficiente entre todos os profissionais a trabalharem em equipa contribuem substancialmente para a melhoria da prestação de cuidados à PSC com trauma (Suamchaiyaphum et al., 2024).

O mapeamento desta evidência demonstra a necessidade de mitigar o impacto da sobrecarga ambiental através de ferramentas estruturadas. A implementação e utilização de meios digitais, bem como o recurso a protocolos e normas de orientação clínica, assumem-se como estratégias fundamentais recomendadas pela Direção-Geral da Saúde, pois sustentam a decisão clínica do enfermeiro e aumentam significativamente a segurança do paciente (DGS, 2022).

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

O contexto clínico constitui um elemento fulcral na formação especializada, ao proporcionar condições reais para a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências em ambientes de elevada complexidade, devidamente supervisionados. O percurso formativo deste relatório decorreu em três contextos distintos de prestação de cuidados à PSC no ambiente pré-hospitalar, numa SIV; e no ambiente intra-hospitalar, num SUMC e num Serviço de Medicina Intensiva SMI. Em estrito cumprimento das diretrizes éticas, garante-se a total anonimização das instituições e profissionais.

2.1. EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR: AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA (SIV)

2.1.1. Enquadramento e Estrutura Física

O primeiro contexto de estágio decorreu no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), numa Ambulância SIV a operar na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Este meio de socorro tem como missão garantir cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação, estabilização e transporte assistido de vítimas de doença súbita e/ou trauma até à unidade hospitalar adequada.

O SIEM está organizado de forma coordenada com várias entidades que integram a Proteção Civil para garantir a prestação de cuidados de saúde e estabilização desde o local da ocorrência (no exterior do hospital), durante o transporte assistido por profissionais com formação especializada, até à chegada da unidade hospitalar adequada para tratamento (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2017b). Para garantir o seu funcionamento personalizado despõe de várias viaturas/meios (terrestres, aéreos e náuticos) para dar resposta de forma eficaz a qualquer emergência média e trauma (INEM, 2017a).

A rede inicia-se quando é acionada pela pessoa requisitante, através do número europeu de emergência 112, e relata a emergência a um operador de central externo que tria a chamada para a emergência médica. Este sistema possui operadores de central que estão responsáveis pelo atendimento e gestão dos meios no terreno (INEM, 2017b).

A ambulância SIV é um meio de transporte que presta cuidados diferenciados nomeadamente estabilização da PSC e reanimação até chegada de um meio SAV (Suporte Avançado de Vida) ao local. Esta equipada com todo o material existente numa ambulância

de socorro necessário à assistência, acrescentando um monitor-desfibrilhador, ventilador portátil, seringa infusora e uma bolsa de fármacos de emergência (INEM, 2017a).

Os meios de comunicação em ambiente complexos são realizados através de sistema informático portátil através do *software iTEAMS®*, responsável pela documentação da situação e processo de enfermagem; via rádio para acionamento e como elemento complementar ao *software*; e por via telemóvel para acionamento e discussão com o médico sobre o tratamento e encaminhamento da PSC até à unidade hospitalar mais adequada.

2.1.2. Recursos Humanos e Organização do Trabalho

A tripulação é estritamente composta por dois elementos: um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), operando em jornadas de trabalho de 12 horas. A organização dos cuidados assenta em protocolos de atuação rigorosos. O sistema de registo clínico e transmissão de dados, como a eletrocardiograma e os sinais vitais, é efetuado através da plataforma digital *iTEAMS®*. Esta ferramenta permite a comunicação e discussão clínica em tempo real com o médico regulador do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), suportando a decisão do enfermeiro no local.

2.1.3. Apreciação do contexto e Análise SWOT

Analisando este contexto sob a perspetiva do EE, o ambiente pré-hospitalar caracteriza-se pela sua extrema imprevisibilidade e hostilidade. Em termos de forças (fatores internos), destaca-se a dotação de equipamentos de suporte avançado de vida na viatura, que permitem uma intervenção precoce altamente diferenciada. Contudo, como fraquezas, o espaço físico exíguo no interior da ambulância e a limitação da equipa a apenas dois elementos dificultam a gestão de cenários com múltiplas vítimas ou politraumatizados graves. Olhando para o exterior, a principal oportunidade reside na utilização do sistema *iTEAMS®*, que garante um suporte médico vital à distância, padronizando os cuidados. Em contrapartida, as ameaças são constantes, englobando a insegurança do local da ocorrência, as condições climatéricas e os potenciais atrasos no apoio de equipas de suporte avançado devido ao trânsito.

À luz do Modelo do Julgamento Clínico de Tanner, estas características contextuais exigem uma capacidade de adaptação imediata. Com parca informação prévia, a fase de *Noticing* (Perceber) assume uma preponderância vital: o enfermeiro tem de confiar fortemente na sua intuição, formação e experiência para identificar rapidamente os indicadores de

gravidade clínica num ambiente adverso, mitigando as ameaças externas e garantindo a sobrevivência do doente com trauma até à chegada ao hospital.

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA (SUMC)

2.2.1. Enquadramento e Estrutura Física

Os Serviços de Urgência (SU) constituem uma resposta essencial à prestação dos cuidados de saúde em situações agudas, garantindo o atendimento diferenciado. A sua organização é realizada de acordo com o Despacho 10319/2014, que define princípios, níveis de diferenciação e articulação funcional entre as várias unidades do serviço Nacional de Saúde (SNS): o Serviço de Urgência Básica (SUB), SUMC e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Esta diferenciação é baseada de acordo com a complexidade de cuidados prestados, disponibilidade de recursos humanos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica bem como na capacidade de resposta a situações de maior complexidade (Ministério da Saúde, 2014).

Os SUMC são considerados o segundo nível de diferenciação assegurando uma resposta eficaz a situações de urgências de nível moderado e elevado, articulando-se com os restantes níveis de cuidados e garantindo a continuidade de cuidados. As suas estruturas de funcionamento permitem não só a prestação de cuidados imediatos e emergentes, mas também a adequada triagem, estabilização e encaminhamento dos doentes para unidades de maior diferenciação, quando se torna necessário (Ministério da Saúde, 2014).

O segundo estágio desenvolveu-se no SUMC de uma ULS do Alentejo, que integra o Departamento de Urgência e Emergência (urgência de adultos e urgência pediátrica) e dá apoio a dois SUB da Unidade Local de Saúde (ULS). Abrange uma população de aproximadamente 104 923 habitantes aproximadamente e funciona de forma ininterrupta (24 horas por dia) e encontra-se localizada a menos de 60 minutos de um dos SUB como deve ser preconizado. (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2025).

Fisicamente, o SUMC encontra-se no piso 0 e divide-se em duas áreas funcionais: urgência adultos e urgência pediátrica. A urgência pediátrica possui funcionamento, estrutura e equipas autónomas da urgência de adultos, porém a triagem de crianças de momento encontrava-se a ser realizada pela equipa de enfermagem da urgência de adultos por questões organizacionais.

O serviço está dividido em várias áreas funcionais que gerem o fluxo de utentes: receção, gabinete de triagem de prioridades, balcões de atendimento divididos por prioridades (doentes azuis/verdes e amarelos/laranjas), áreas de especialidade (ortopedia, pequena cirurgia e

psiquiatria), duas salas de observação (com 6 e 10 camas), onde são prestados cuidados de nível intermédio em doentes que necessitam de vigilância organizada e redobrada.

O Serviço de Observação (SO) funciona em modo *open space*, equipado com equipamento de monitorização de sinais vitais em cada unidade do doente, balcão de enfermagem central e de preparação de medicação para permitir uma vigilância contínua de toda a sala.

O ponto nevrálgico para a PSC é a Sala de Emergência, um espaço aberto e equipado com duas unidades individualizadas e dotadas de material para suporte avançado de vida, vocacionadas para a Via Verde Trauma, AVC e emergências médicas, assegurada com uma equipa com formação especializada em medicina de urgência (Ministério da Saúde, 2014).

O SUMC tem um meio de emergência pré-hospitalar que funciona com o mesmo horário desta unidade e com profissionais com formação especializada, que integram as equipas desta unidade e do SMI. Adicionalmente integram à ULS duas ambulâncias SIV que se encontram alocadas aos serviços de urgência dos SUB.

2.2.2. Recursos Humanos e Organização do Trabalho

Como disposto no Despacho 10319/2014, o SUMC dispõe dos seguintes recursos humanos: equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento que são periodicamente ajustadas à procura desta unidade hospitalar. Tem disponível à população as valências médicas de Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia; Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório (em permanência), Imagiologia (em permanência com os serviços de radiologia convencional, ecografia simples e TAC) e Patologia Clínica (com os serviços permanentes correspondente aos exames básicos, análises de gases do sangue e lactatos) (Ministério da Saúde, 2014).

A equipa de enfermagem é composta por 51 elementos, divididos em seis equipas de trabalho. O trabalho organiza-se em turnos de oito horas, com uma média de nove enfermeiros no turno da manhã e o enfermeiro gestor e sete enfermeiros nos turnos da tarde e noite. Este número varia entre os sete e os nove enfermeiros consoante o fluxo de trabalho e a disponibilidade de recursos humanos.

Da totalidade da equipa, 14 enfermeiros são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) representando uma percentagem de aproximadamente 27,4%. Esta proporção encontra-se abaixo dos 50% recomendados pela Ordem dos Enfermeiros (OE)

para os serviços de urgência, o que obriga a que estes peritos assumam quase exclusivamente a gestão como chefes de equipa ou a prestação de cuidados na Sala de Emergência (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b).

As equipas estão organizadas de forma mensal, através de um mapa de horário previamente elaborado pelo enfermeiro gestor mas, no início de cada turno é sempre necessário ajustar a equipa à volatilidade do serviço: em situações *standart*, os enfermeiros encontram-se distribuídos pelos postos de trabalho consoante as suas competências, um enfermeiro especialista é chefe de equipa, um enfermeiro especialista/generalista encontra-se na sala de emergência, dois enfermeiros na sala de tratamentos amarelos/laranja, um enfermeiro (com formação especializada em triagem de prioridades) na sala de triagem, um enfermeiro de apoio às especialidades médicas e três enfermeiros no SO. Quando o número de elementos é mais reduzido, o chefe de equipa deve assegurar o posto na sala de emergência de forma simultânea.

No SO, o número de enfermeiros é o mesmo em todos os turnos. Sendo esta unidade considerada um internamente de curta duração, a OE vem definir como referência os critérios definidos para as unidades de cuidados intermédios. Assim, é recomendado um rácio aproximado de um enfermeiro para três doentes (1:3), ajustado à complexidade e instabilidade dos doentes (OE, 2019b). Na realidade, é um enfermeiro para aproximadamente 5 doentes, muito à quem do recomendado pela OE.

A equipa de técnicos Auxiliares de Saúde (TAS) trabalha de forma dependente da gestão da enfermagem, estado sob a gestão do enfermeiro gestor e do chefe de equipa. São distribuídos durante o turno da manhã pelos postos de trabalho: um TAS na sala de emergência, dois TAS na sala de tratamentos amarelos/laranjas, um TAS de apoio aos exames e salas de especialidades médicas e dois TAS no SO. No turno noturno fica apenas um TAS por posto.

A triagem e gestão de fluxo baseiam-se no Sistema de Triagem de Manchester, e a documentação clínica é suportada pela plataforma *SClínico®*. Este sistema de prioridades é um instrumento de apoio à gestão do risco clínico no SUMC que permite identificar uma prioridade clínica perante os sintomas, com posterior alocação da pessoa no posto de atendimento mais adequado. Os algoritmos implementados devem agilizar o fluxo de circulação de doentes no SUMC, de forma a aumentar a qualidade dos cuidados e a segurança do doente (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

O circuito do doente inicia-se com o registo informático do doente no balcão do administrativo, aguardando posteriormente na sala de espera exterior até ser chamado para a sala de triagem de prioridades pelo enfermeiro responsável por essa função.

A triagem é um momento que condiciona todo o percurso assistencial da pessoa. O enfermeiro deste posto possui formação especializada que lhe permite fazer uma avaliação estruturada, baseada na queixa principal, sinais e sintomas. Cabe ao enfermeiro a correta aplicação do fluxograma de prioridades consoante a sua análise e raciocínio clínico (Freitas et al., 2024). Consoante a prioridade atribuída após discriminação do fluxograma de prioridades, a pessoa é encaminhada para a sala de espera azul/verde ou amarelo/laranja, e aguarda avaliação clínica inicial ou, é encaminhado para sala de emergência para atendimento médico e de enfermagem imediato.

Os métodos de trabalho referem-se à forma como o trabalho é estruturado, organizado e atribuído ao enfermeiro numa ótica concetual. A sua prática permite que o enfermeiro organize e distribua o trabalho com o objetivo de tornar a prática eficiente e eficaz assegurando a segurança e a qualidade dos cuidados (Parreira et al., 2023).

A metodologia de trabalho predominante no SUMC assenta numa abordagem sistematizada, centrada na pessoa e orientada por protocolos clínicos validados como no caso da Via Verde AVC ou a *Triagem de Manchester* (DGS, 2015).

Encontra-se implementado o método individual de trabalho, centrado na pessoa, onde o enfermeiro tem a responsabilidade total dos cuidados a prestar consoante a distribuição previamente feita, neste caso por postos de trabalho. A organização dos cuidados depende da visão que o enfermeiro tem face às necessidades identificadas, podendo privilegiar o utente ou a execução de tarefas. A coordenação dos cuidados prestados de todos os utentes é da responsabilidade do chefe de equipa e do enfermeiro gestor por serem elementos com características de supervisão e avaliação dos cuidados prestados, ajuizando as decisões ao longo do processo, apesar da prestação de cuidados ser delegada ao enfermeiro responsável por cada posto durante o turno (Parreira et al., 2023).

Contudo, na sala de Emergência, aplica-se o método de trabalho em equipa, onde o enfermeiro integra uma equipa multidisciplinar que conhece de forma conjunta as necessidades e/ou problemas da pessoa, contribuindo de forma individualizada para o seu bem-estar. Seguindo esta linha de pensamento, este método descreve que os cuidados prestados serão de maior qualidade, eficácia e segurança quando planeados e prestados em equipa, em detrimento dos contributos isolados de cada profissional de saúde (Parreira et al., 2023).

2.2.3. Apreciação do contexto e Análise SWOT

O SUMC é um ambiente caracterizado por um fluxo intenso, grande rotatividade e múltiplos estímulos simultâneos. Na análise das suas forças, a adoção do método de trabalho em equipa na Sala de Emergência é um pilar estruturante que facilita a abordagem ágil ao doente com trauma grave, aliada à proximidade física a serviços vitais como a Imagiologia e o Bloco Operatório. A principal fraqueza interna reside no rácio insuficiente de enfermeiros especialistas em EMC (inferior a 30%), o que sobrecarrega estes profissionais na liderança da estabilização da PSC. Como oportunidades, o uso rigoroso da Triagem de *Manchester* permite uma padronização eficaz na priorização dos cuidados. Por outro lado, a principal ameaça é a frequente superlotação do serviço, que não só cria barreiras físicas com macas nos corredores, como potencia fenómenos de "supertriagem", aumentando o tempo de espera e o risco clínico do doente.

Integrando o referencial de Tanner, é sobretudo na fase de *Interpreting* (Interpretar) que o enfermeiro especialista faz a diferença neste contexto. Num cenário com excesso de estímulos e ameaças de superlotação, a *expertise* do profissional permite-lhe filtrar a informação essencial, distinguindo a verdadeira deterioração clínica e priorizando a intervenção ao doente politraumatizado de forma rápida e segura.

2.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)

2.3.1. Enquadramento e Estrutura Física

A medicina intensiva é uma área altamente diferenciada das Ciências da Saúde que aborda a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que possuem falência de uma ou mais funções vitais eminentes ou estabelecidas (da Saúde, 2021). Assume um papel central no hospital, particularmente na abordagem à PSC e a sua metodologia distingue-se dos restantes serviços pela sua intervenção não ser apenas restrito à unidade física e estendendo-se de forma transversal a todo o hospital independentemente do local onde se encontre o doente (Paiva et al., 2017).

O último estágio decorreu num SMI de Nível III, integrado numa ULS do Alentejo, vocacionado para o suporte e recuperação de disfunções orgânicas graves e reversíveis. As camas de Nível III são destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras e portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al., 2017).

A ULS tem valores transversais ao SMI, que assentam na prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões de desempenho técnico-científico elevados com gestão de recursos eficiente e a garantia de humanização dos cuidados e desenvolvimento profissional da equipa multidisciplinar (SNS, 2021).

A sua equipa entra em funcionamento ainda antes da admissão do doente, nos SUMC, nos sistemas de resposta rápida (Vias Verdes) e nas equipas de Emergência Interna e consultadoria a outros serviços de internamento, com o objetivo de prevenir a doença crítica, ou pelo menos, detetá-la precocemente, evitando a sua progressão, taxas de permanência no SMI e consequentemente custos elevados em saúde (Paiva et al., 2017).

A unidade encontra-se localizada no 2º piso do hospital, junto ao Bloco Operatório e elevador. É uma unidade altamente diferenciada autónoma, com equipa e estrutura próprias que visam a assistência a pessoas com necessidades de monitorização invasiva, suporte de funções vitais e assistência médica e de enfermagem de forma permanente (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2024).

É constituída por sete camas distribuídas em *open space* (sala aberta), separadas por cortinas, e uma cama num quarto de isolamento com pressão negativa, destinado a doentes com patologias infetocontagiosas ou imunodeprimidos.

Cada cama está inserida numa unidade/boxe que se encontra equipada com todos os recursos necessários ao tratamento do doente: colchão de pressão pneumática alternada, canais de monitorização invasiva, de temperatura, saturação periférica de oxigénio, frequência respiratória, frequência cardíaca e parâmetros de ventilação por interface com o ventilador *Phillips V60®*, monitor de Índice Bi-Espectral (BIS), duas rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido, torre com entrada para rede de telemetria que procede á transmissão e gravação contínua dos parâmetros vitais para sistema informático *BSimple®*.

Encontram-se disponíveis três sistemas de oxigenoterapia por alto fluxo *AIRVO™ 2 – Fisher&Paykel®*, um equipamento de tosse assistida *Cough Assist Philips E70®* e três máquinas de diálise *BBraun OMNI®*.

O sistema informático *BSimple®* é o *software* de eleição para preceder à realização do processo de enfermagem, sendo intuitivo e adaptado à tipologia de cuidados prestados.

A organização física privilegia a vigilância visual contínua, centralizada num posto de enfermagem dotado de telemetria para monitorização multiparamétrica de todas as unidades.

Fisicamente o SMI dispõe também de sala de trabalho com farmácia, sala de multiusos, copa, gabinete médico e enfermeiro gestor, gabinete do diretor clínico, armazém, zona de

sujos, zona de acondicionamento de resíduos sólidos, vestiário com zona de balneário, balcão administrativo e sala de espera.

É recomendado que, para uma unidade desta tipologia, comporte um intervalo entre seis a 12 camas, indo de encontro à capacidade da unidade (ACSS, 2024). Durante o período pandémico houve necessidade de expandir o SMI para dar resposta à crescente requisição dos serviços, pelo que foi construída uma estrutura física de suporte no último piso do hospital com seis camas que funcionava de forma autónoma com recursos materiais e humanos próprios. Atualmente este espaço encontra-se desativado, por não haver equipa médica que comporte a responsabilidade dos cuidados.

A observação do dente é um elemento a privilegiar neste contexto e a unidade encontra-se estruturada de forma que o enfermeiro tenha acesso e visualização direta do doente de forma constante. A sala de trabalho encontra-se com acesso direto a sala e possui um elemento de telemetria. O balcão de enfermagem encontra-se no centro da sala, onde os enfermeiros podem estar reunidos de forma conjunta para planear os cuidados e realizar os registos informáticos. O gabinete médico encontra-se sediado à entrada sala, com menos visualização direta para a sala, porém também dispõe de dispositivos de telemetria para monitorização multiparamétrica e rápido acesso a todas as boxes.

2.3.2. Recursos Humanos e Organização do Trabalho

A equipa de enfermagem é composta por 44 elementos, onde se incluem oito especialistas em EMC e oito em Reabilitação. À semelhança do SUMC, a percentagem de especialistas em EMC, preferencialmente na PSC encontra-se aquém dos 50% preconizados (OE, 2019b) atingindo apenas aproximadamente 18,2%. Contudo, o rácio praticado é altamente seguro, fixando-se em um enfermeiro para um doente (1:1), ou um enfermeiro para dois doentes (1:2) conforme o grau de instabilidade.

Quanto ao rácio de EE em Reabilitação é recomendado que no SMI de nível III tenha presente estes especialistas durante 12 horas por cada cinco doentes em todos os dias da semana (OE, 2019b). Considerando que 18,2% dos enfermeiros prestam cuidados diretos esta percentagem também fica a quem daquilo que é recomendado (OE, 2019b).

No turno da manhã a equipa de enfermagem é composta por, no mínimo 9 enfermeiros, destes obrigatoriamente um é EE em Reabilitação e um integra a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Nos turnos da tarde e noite, é composta por 5 enfermeiros, no mínimo, sendo que um enfermeiro se encontra afeto à EEMI e não entra na prestação de cuidados.

Quanto à gestão das equipas, esta é feita por dois elementos nos dias úteis, uma enfermeira gestora especialista em Enfermagem de Reabilitação e um segundo elemento responsável por prestar apoio à enfermeira gestora, especialista em EMC. A OE vem recomendar que o enfermeiro com melhor formação e competências para coordenar equipas de enfermagem em SMI é o EE em EMC (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018).

A equipa médica é constituída por cinco médicos intensivistas efetivos que contam com o apoio constante de médicos tarefeiros para o funcionamento pleno do SMI. Para além destes, fazem parte os TAS que desempenham funções de forma dependente da gestão da enfermagem.

Para o seu funcionamento personalizado, a equipa trabalha em conjunto com serviço externo como o serviço Farmacêutico, serviço de Medicina Física e de Reabilitação, serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Terapia da Fala, serviço Social e serviço de Imagiologia.

A EEMI é uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro com competências e formação em SAV e está preparada para intervir em situações que representem risco imediato de vida. Encontra-se equipada com o material disponível para responder a todas as emergências dentro do perímetro hospitalar (SNS, 2022).

A prestação de cuidados baseia-se no Método de Trabalho Individual (centrado no doente), garantindo que cada profissional assume a responsabilidade integral pelo planeamento das intervenções.

2.3.3. Apreciação do contexto e Análise SWOT

No SMI, encontra-se doentes do foro médico e cirúrgico, sendo mais frequente ter taxas de ocupação com doentes com status pós Paragem Cardiorrespiratória (PCR), choque séptico e patologia do foro respiratório. As patologias cirúrgicas também estão presentes em doentes com patologia do foro abdominal. O doente politraumatizado major era recebido na unidade, mas na indisponibilidade de especialidades médicas necessárias ao DC na ULS, estes permaneciam nesta unidade apenas para estabilizar clinicamente ou a aguardar vaga em outro hospital central com centro de trauma.

Em forte contraste com a imprevisibilidade do ambiente extra-hospitalar e do serviço de urgência, o SMI é um espaço de elevado controlo tecnológico. A grande força deste contexto é o cumprimento rigoroso de rácios seguros (1:1 a 1:2) e a presença centralizada da EEMI, que asseguram uma capacidade de vigilância contínua ímpar.

A organização em *open space* constitui, no entanto, uma fraqueza interna ao nível da privacidade e do controlo de infeções, aspetos que as atuais recomendações da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) tentam mitigar através da preferência por boxes individuais (ACSS, 2024). A elevada especialização tecnológica oferece enormes oportunidades para a reflexão aprofundada sobre a prática e a consolidação de conhecimentos de suporte orgânico. As ameaças externas estão, assim, mais relacionadas com o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, dada a partilha de espaço aéreo, e com os riscos inerentes à necessidade frequente de transporte intra-hospitalar de doentes críticos para exames imagiológicos complexos fora da unidade.

À luz do modelo de Tanner, o SMI é o contexto por excelência para o desenvolvimento da fase de *Reflecting* (Refletir). A estabilidade proporcionada pelo rácio seguro permite ao enfermeiro especialista não apenas reagir ao trauma, mas avaliar retrospectivamente a resposta fisiológica do doente às intervenções instituídas. Esta reflexão contínua resulta num ajuste minucioso do suporte orgânico e ventilatório, consolidando uma tomada de decisão focada na recuperação a longo prazo e na prevenção de complicações.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Enfermeiro Especialista (EE) é aquele que possui um conjunto de competências especializadas que adquire do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas que se encontram definidas em regulamento próprio, com o resultado de prestar melhores cuidados de saúde (OE, 2019a). A atribuição do título de EE implica, para além da averiguação das competências previstas no enunciado do regulamento da especialidade de EMC-PSC, que o enfermeiro detenha adicionalmente um conjunto de competências comuns a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2019a).

O termo competência é definido na literatura como um saber agir profissional responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, habilidades e recursos, com a capacidade de combiná-los e utilizá-los de uma forma eficaz (Boterf, 2005).

Ainda dentro desta linha de pensamento, a OE define “domínio de competência” como uma esfera de ação que compreende um determinado conjunto de competências gerais que se efetivam em competências comuns e específicas que passam por processo de certificação (OE, 2019a). Desta forma, as “competências comuns” são definidas como competências transversais a todos os EE, demonstradas através da sua capacidade de criação, gestão, supervisão e suporte à formação e investigação em saúde. As “competências específicas” são definidas especificamente para cada área de especialidade e são demonstradas através de um grau elevado dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019a).

A construção do meu perfil de competências enquanto futura EE em EMC-PSC e de Mestre em Enfermagem assumiu-se como um processo contínuo, dinâmico e intencional. De acordo com o estabelecido nos referenciais normativos da OE, a prestação de cuidados de excelência pressupõe não só a execução de técnicas avançadas, mas a mobilização aprofundada de domínios comuns e específicos da profissão (OE, 2018, OE, 2019a)

Para que este percurso formativo fosse dirigido de forma objetiva, o primeiro passo estruturante decorreu na Unidade Curricular de Projeto, com a aplicação de um Autodiagnóstico de Competências. Este instrumento de autoavaliação revelou-se fundamental para mapear os meus pontos fortes e identificar de forma reflexiva as minhas reais necessidades formativas.

No momento inicial deste autodiagnóstico, reconheci como competências já adquiridas a fundamentação ética da minha intervenção, a proteção dos direitos humanos e o suporte base da tomada de decisão na experiência clínica adquirida em contextos de urgência e internamento. Contudo, diagnostiquei lacunas significativas, classificando como "Não Adquirido" ou "Adquirido Parcialmente", dimensões cruciais para o nível de Mestre e Especialista: a agilização do planeamento estratégico, a criação de guias orientadores para a delegação de tarefas, a coordenação de equipas multidisciplinares sob pressão e a participação ativa em estudos de investigação.

Foi precisamente para colmatar estas fragilidades, intrinsecamente ligadas à liderança de equipas e à necessidade de respostas estruturadas em ambientes caóticos, que elegi a temática sobre a Tomada de Decisão do Enfermeiro no Cuidado à PSC com Trauma como o fio condutor do meu projeto. Os estágios em contexto extra-hospitalar (SIV) e intra-hospitalar (SUMC e SMI) afiguraram-se, assim, como os espaços de aprendizagem ideais para a implementação de estratégias dirigidas à supressão destas lacunas e à consolidação do meu perfil de Mestre e Especialista.

Neste percurso, o Modelo do Julgamento Clínico de Tanner (2006) não funcionou apenas como uma teoria descritiva, mas como a matriz transversal da minha evolução. Esta teoria permitiu-me treinar, de forma faseada, as competências que me faltavam: orientou o meu raciocínio rápido para avaliar sinais de gravidade clínica (*Noticing e Interpreting*), e estruturou a minha atitude de Mestre e Especialista na coordenação da equipa e implementação de intervenções (*Responding e Reflecting*) perante as imprevisibilidades do politraumatizado.

Importa complementar esta linha de pensamento com o referencial teórico descrito por Patricia Benner, na Teoria descrita como *From Novice to Expert* que se revelou fundamental para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EE ao longo dos estágios e do próprio percurso académico. Esta teoria descreve cinco níveis progressivos de desenvolvimento profissional: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito (Benner, 2001).

Este modelo permite compreender a evolução do desempenho do enfermeiro/aluno desde uma prática sustentada em regras e orientações teóricas até numa atuação intuitiva, fundamentada na experiência e no raciocínio clínico avançado. Nos estágios, a minha posição estava situada nos níveis iniciais caracterizados pela dependência/consulta de protocolos, normas e supervisão de peritos, bem como uma capacidade mais limitada de priorização de cuidados durante a prestação à PSC (Benner, 2001).

À medida que o novato progride no seu percurso formativo e adquire experiência em contextos reais, ele desenvolve competências clínicas, técnicas e relacionais, passando a

reconhecer padrões, antecipar complicações e a tomar decisões de forma consciente e autónoma (Benner, 2001). Este processo é fundamental em ambientes de alta complexidade, onde a instabilidade dos processos de saúde-doença exigem elevados níveis de julgamento clínico e capacidade de adaptação ao contexto e tomada de decisão rápida e eficaz.

As duas linhas de pensamento complementam-se pela importância do ambiente de elevada complexidade como um espaço ideal para promover aprendizagens, onde a exposição a situações reais, a reflexão crítica e a supervisão especializada contribuem para a progressão nos níveis de competência até ao nível de Perito. Os estágios promoveram a integração entre a teoria e a prática clínica e o meu desenvolvimento gradual de competências de EE essenciais para a prestação futura de cuidados de qualidade e seguros de forma eficaz e centrados na PSC.

Ao longo deste capítulo, procedo à análise crítico-reflexiva destas vivências, demonstrando como a mobilização da evidência científica, as atividades desenvolvidas e o contacto direto com a PSC em múltiplos contextos se articularam para colmatar o meu diagnóstico inicial, comprovando a aquisição plena das competências comuns e específicas do EE e do grau de Mestre em Enfermagem.

3.1. DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O regulamento n.º 140/2019 da OE define as Competências Comuns do EE e o decreto-Lei n.º 65/2018, no artigo 15 do capítulo III define as competências e objetivos correspondentes ao Grau de Mestre.

Para tal, importa refletir que:

O Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a, p. 4744).

As Competências Comuns do EE são entendidas por

(...) as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019a, p. 4745).

São transversais a todas as áreas de especialidade e estão enumerados da seguinte forma:

- a) *Responsabilidade profissional, ética e legal (A);*
- b) *Melhoria contínua da qualidade (B);*
- c) *Gestão dos cuidados (C);*
- d) *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) (OE, 2019a, p. 4745).*

O grau de Mestre é atribuído quando os são cumpridos os seguintes objetivos:

a) *“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:*

i) *Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*

ii) *Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;*

b) *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*

c) *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*

d) *Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*

e) *Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo*” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

Competências Comum do EE – “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”

“A1 - 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;

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a, p. 4745).

Competência de Mestre:

“ c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 63).

A articulação entre estas dimensões exige que a tomada de decisão clínica não seja apenas tecnicamente adequada, mas também eticamente sustentada. Os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares relacionadas com Ética e Deontologia e com os Processos Complexos na Pessoa em Situação Crítica (PSC) constituíram um alicerce essencial para lidar com situações de elevada complexidade e incerteza. À luz do Modelo de Julgamento Clínico de Tanner (2006), a ética não se configura como um momento isolado, mas como uma lente transversal que influencia as fases de *Interpreting* e *Responding*, condicionando a forma como se compreende e atua perante a vulnerabilidade da PSC.

O documento que regula a profissão de enfermagem, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) é imprescindível para o desenvolvimento da prática profissional. Nele consta que “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE], 2015, pp. 101–102).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, procurei desenvolver uma prática alinhada com os princípios éticos e legais, assegurando o respeito pela autonomia da pessoa, a dignidade, a confidencialidade, a equidade e a não discriminação. A tomada de decisão foi sempre orientada pela melhor evidência científica disponível, adaptada às especificidades de

cada contexto, e sustentada numa postura de responsabilidade profissional e compromisso com a qualidade dos cuidados.

A deontologia é o campo do conhecimento que estuda os deveres inerentes a uma determinada função no contexto social, neste caso na profissão de Enfermagem. Vai assumir uma prática adequada e responsável, sustentada em princípios éticos e em normas próprias da profissão. Assenta num processo de autorregulação, orientado pela autorregulação que deriva da formulação e defesa de um padrão de competência (Nunes, 2008).

Segundo a Deontologia Profissional, os membros da OE estão obrigados a “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”, salientando também “o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (OE, 2015, p. 78).

Um dos principais desafios identificados relacionou-se com a dificuldade em garantir plenamente a privacidade da pessoa em ambientes desprotegidos. Em contexto extra-hospitalar (SIV), a avaliação inicial da pessoa ocorre frequentemente na via pública, exigindo uma intervenção rápida em condições nem sempre ideais. No SUMC, a sala de emergência apresenta limitações ao nível da privacidade física, sendo muitas vezes separada apenas por cortinas, o que dificulta a confidencialidade durante a prestação de cuidados. No SMI, apesar de existirem condições físicas para delimitar o espaço individual do doente, a organização em *open space* não permite assegurar a privacidade auditiva, nomeadamente durante a transmissão de informação sensível entre profissionais.

Perante estes cenários, mobilizei o Modelo de Tanner como suporte à minha atuação. Na fase de *Noticing*, identifiquei rapidamente as ameaças à dignidade e privacidade da pessoa; na fase de *Responding*, adaptei a minha prática às condições existentes, nomeadamente através da adequação do tom de voz, do distanciamento estratégico durante a transmissão de informação e da condução das famílias para espaços mais reservados sempre que possível. Estas estratégias permitiram mitigar as limitações dos contextos e garantir o respeito pelos direitos da pessoa, evidenciando a capacidade de adaptação ética em ambientes imperfeitos.

A tomada de decisão em contexto clínico foi, na maioria das situações, realizada de forma partilhada, envolvendo diferentes profissionais de saúde. Em contexto extra-hospitalar, a articulação com o técnico de emergência pré-hospitalar e com o médico regulador, através de contacto telefónico ou sistemas informáticos, revelou-se fundamental para a definição do plano de cuidados mais adequado. Nos contextos hospitalares, a decisão foi igualmente

construída em equipa, promovendo a discussão interdisciplinar e a partilha de conhecimentos, mesmo em situações de elevada complexidade.

Foi importante garantir o acesso à informação, tal como descrito no artigo 105.º do REPE (OE, 2015). O cuidado em informar a pessoa quanto à sua história clínica, procedimentos e intervenções a realizar era fundamental para garantir um processo assistência individual e humanizado. Por vezes este cuidado era comprometido quando a pessoa a ser cuidada era de nacionalidade estrangeira. A barreira linguística era um fator determinante para a otimização dos cuidados prestados. Outras barreiras identificadas foram a deficiência auditiva ou intelectual que reduzia a capacidade da pessoa em compreender os cuidados que lhe estavam a ser prestados originando em algumas ocasiões momentos de medo, angustia e agressividade para com os profissionais de saúde.

A par disto, o dever do sigilo, descrito no artigo 106.º, refere que o enfermeiro tem o dever de ceder a informação relativa ao processo de cuidados apenas com as pessoas que estão implicadas no processo de cuidados (OE, 2015). No SUMC era desafiante cumprir este requisito uma vez que era um serviço volátil de passagem de inúmeras pessoas pelos corredores e estruturas de prestação de cuidados, onde a informação e o sigilo estavam interligados no momento de transmissão de informação ao próprio doente e família/cuidados de referência.

No SMI, a informação era fornecida pela equipa de enfermagem de forma presencial, por preferência. O contacto telefónico também era uma das opções, porém pouco recomendado uma vez que a chamada era atendida no serviço sem acesso ao contacto telefónico, e tal poderia levar a inequívocos e transmissão de cuidados familiares/pessoa de referência que se intitulassem por tal, mas que na realizada não seriam. Este dilema foi discutido várias vezes em equipa pois a tomada de decisão podia ser colocada em causa pela violação dos deveres do acesso à informação e o dever do sigilo. Uma das estratégias que a equipa tentou implementar, juntamente com o apoio do departamento de comunicação e *marketing* foi a criação de uma palavra-chave que era apenas do conhecimento do profissional de saúde e do recetor de informação, porém a sua implementação ainda não estava em vigor e levantava fragilidades relativas à sua segurança.

Foi sempre promovido o respeito ao consentimento informado, livre e esclarecido descrito no REPE (OE, 2015), de forma clara e adaptada às capacidades intelectuais da PSC e da sua família.

O respeito pela intimidade foi um aspeto desafiante nos estágios realizados, tendo em conta o ambiente envolvente pouco controlado que exigia de enfermeiro que prestava

cuidados em extra-hospitalar adaptar e limitar os cuidados e as suas intervenções ao máximo no local de atuação.

No SUMC, a lotação era um dos fatores que determinavam a violação deste princípio, quando as macas eram colocadas em corredores de passagem ou em salas sobrelotadas. Sempre que possível, recorreu-se ao uso de cortinas, biombos e transferência temporária para locais mais resguardados quando era necessário realizar procedimentos que expunham a privacidade e intimidade do doente, como durante a administração de terapêutica e exposição corporal. Na sala de emergência, as boxes eram separadas por cortinas, e o local por uma porta física que garantia a preservação destes princípios. Apenas a componente auditiva era comprometida no sentido que as cortinas não são um elemento de barreira auditiva, mas para tal, eram adotadas estratégias para contornar como a adequação do tom de voz durante a comunicação com a PSC e família.

No SMI, apesar de os doentes estarem numa sala aberta, cada boxe era separado por cortinas que cobriam a totalidade da unidade.

Este trabalho em equipa contribuiu para uma tomada de decisão mais segura, fundamentada e ética, permitindo integrar diferentes perspetivas e garantir uma abordagem centrada na pessoa. Simultaneamente, reforçou a importância da comunicação eficaz como elemento essencial na articulação entre profissionais e na continuidade dos cuidados.

O desenvolvimento do raciocínio clínico constituiu um elemento central neste domínio, sendo potenciado pelas reflexões críticas realizadas ao longo dos estágios. Estas reflexões permitiram analisar as decisões tomadas, identificar áreas de melhoria e consolidar uma prática mais consciente, ética e fundamentada.

Em síntese, o desenvolvimento deste domínio evidenciou a capacidade de integrar conhecimentos científicos, princípios éticos e enquadramento legal na prática clínica, permitindo uma atuação responsável, autónoma e centrada na pessoa. Este percurso reforça a importância da reflexão contínua e da aprendizagem ao longo da vida na

Competência Comum do EE – “Domínio da melhoria contínua da qualidade”

“B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019a, p. 4745).

Competências de Mestre

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 63).

A qualidade em saúde assume um papel determinante na segurança e eficácia dos cuidados prestados, sendo definida como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de alcançar resultados desejados, de forma consistente com o conhecimento científico atual (WHO, 2018).

Em contextos de elevada complexidade, como o da PSC, esta assume particular relevância, uma vez que a instabilidade clínica e a necessidade de decisões rápidas exigem práticas altamente diferenciadas e sustentadas na melhor evidência disponível. A implementação de estratégias de melhoria contínua permite, assim, reduzir riscos, prevenir incidentes e otimizar os resultados em saúde (WHO, 2018).

O aprofundamento científico inerente ao grau de Mestre encontra expressão na capacidade de o EE dinamizar práticas seguras e baseadas na evidência. Os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares de Investigação e Gestão e Políticas permitiram compreender que a segurança do doente não é aleatória, mas resulta da aplicação rigorosa de normas, protocolos e *guidelines*. À luz do Modelo de Julgamento Clínico de Tanner, a padronização dos cuidados constitui um suporte essencial à fase de *Responding*, reduzindo a variabilidade clínica e promovendo decisões seguras e consistentes.

Durante os estágios, assumi um papel proativo na promoção da qualidade e na gestão do risco. Em contexto extra-hospitalar (SIV), após análise do funcionamento da equipa e em articulação com a enfermeira orientadora, identifiquei oportunidades de melhoria ao nível dos recursos materiais disponíveis na mala de trauma. Neste sentido, elaborei uma proposta de atualização da *checklist* do material da mala de trauma (Apêndice II), introduzindo elementos considerados essenciais para a assistência e estabilização da PSC. Esta intervenção permitiu otimizar a resposta em contexto de emergência, reduzindo o tempo de procura de material e facilitando a atuação rápida na fase de *Noticing* em cenários de trauma.

Nos contextos hospitalares (SMI e SUMC), o acompanhamento dos elos dinamizadores da gestão do risco e controlo de infeção permitiu compreender a importância da monitorização de indicadores de qualidade, como a prevalência de úlceras por pressão, quedas, infeções associadas a dispositivos e a verificação inequívoca da identificação do doente e de

hemoderivados. Estas atividades, frequentemente operacionalizadas através de auditorias, constituem ferramentas fundamentais para a avaliação da qualidade dos cuidados e para a implementação de estratégias de melhoria contínua.

A auditoria assume-se como um instrumento essencial de gestão, permitindo avaliar a conformidade entre os cuidados prestados e os registos efetuados, bem como identificar oportunidades de melhoria e promover maior fiabilidade nos serviços. O enfermeiro auditor desempenha, neste contexto, um papel central, funcionando como elemento de referência para a equipa, orientando práticas e promovendo a melhoria contínua (Ferreira et al., 2025).

A participação em atividades relacionadas com a governação clínica permitiu ainda refletir sobre a importância dos planos institucionais, nomeadamente os planos de evacuação, emergência e catástrofe, bem como os protocolos de atuação em situações críticas. Nos serviços de SMI e SUMC, estes planos encontravam-se bem definidos, sendo essencial o seu conhecimento para garantir uma resposta adequada em situações de exceção.

A segurança do doente pode ser definida como a prevenção de danos evitáveis e a redução de riscos durante a prestação de cuidados, tornando-se uma responsabilidade partilhada entre profissionais de saúde, utentes e famílias. Esta prevenção é sustentada numa cultura de segurança, comunicação eficaz e aprendizagem com o erro. Assenta em pilares fundamentais como a identificação inequívoca, a segurança do medicamento e cirurgia, a prevenção de infeções, prevenção de quedas e úlceras e a comunicação efetiva (DGS, 2023).

Relativamente a este tópico, observei a implementação de práticas estruturadas, como a identificação do doente através de pulseira no SMI, contendo dados essenciais como nome completo, data de nascimento e número de processo, permitindo minimizar erros e garantir a correta identificação ao longo do internamento. No que respeita à gestão de hemoderivados, apesar da ausência de sistemas eletrónicos de identificação, eram seguidos procedimentos rigorosos de verificação de dados, assegurando a segurança na administração.

O estágio em contexto extra-hospitalar constituiu uma oportunidade relevante para desenvolver uma análise crítico-reflexiva sobre a qualidade dos cuidados. Neste contexto, o enfermeiro assume frequentemente o papel de *team leader*, sendo responsável pela tomada de decisão rápida e fundamentada, essencial para a estabilização da PSC. A atuação é sustentada em protocolos e algoritmos previamente definidos, baseados na evidência científica, que orientam a intervenção em situações de elevada complexidade (Mota et al., 2021).

Foi necessário estudar e mobilizar estes protocolos, articulando-os com os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, de forma a garantir uma prestação de

cuidados segura e eficaz num ambiente menos controlado e altamente volátil. Este contexto revelou-se particularmente desafiante, exigindo uma adaptação constante e a capacidade de priorizar intervenções, privilegiando a estabilização rápida e o transporte seguro da pessoa para a unidade hospitalar de referência.

Durante a assistência e transporte, tive a oportunidade de participar ativamente na realização de registos de enfermagem e na comunicação com o médico regulador, contribuindo para a definição do plano de cuidados e escolha da unidade hospitalar. Esta experiência permitiu compreender a importância da documentação rigorosa e da transmissão eficaz de informação, tanto através de sistemas informáticos como por via verbal, assegurando a continuidade dos cuidados.

A literatura reforça que a implementação de intervenções estruturadas e baseadas na mais recente evidência científica, através de protocolos e normas de atuação contribuem significativamente para a redução de complicações e melhores resultados em saúde (Gonçalves & Marques, 2025).

Adicionalmente, a criação de instruções de trabalho, nomeadamente na área do controlo de infeção por *Clostridioides difficile* e da Nutrição Entérica>QA no Doente Crítico (desenvolvidas noutros domínios), evidencia a aplicação prática do conhecimento científico na melhoria da qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ferramentas concretas para a prática clínica.

O desenvolvimento desta competência foi ainda reforçado pelo estudo das normas e protocolos institucionais e pelo acompanhamento dos elos dinamizadores da gestão do risco, cujo papel se revelou fundamental na promoção de práticas seguras, embora frequentemente subvalorizado pelas equipas. O facto de estes profissionais serem, na sua maioria, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica tornou esta experiência particularmente enriquecedora para o meu processo de aprendizagem.

Em síntese, o desenvolvimento deste domínio evidencia a integração entre conhecimento científico, prática clínica e reflexão crítica, permitindo assumir um papel ativo na promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Este percurso constitui, contudo, apenas o início de um processo contínuo de melhoria, sustentado na aprendizagem ao longo da vida e no compromisso com a excelência dos cuidados de enfermagem.

Competência Comum do EE – “Domínio da gestão dos cuidados”

“C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019a, p. 4745).

Competência de Mestre

“ b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 63).

A gestão de cuidados em contexto crítico implica a articulação entre a capacidade de liderança do EE e a aptidão do Mestre para atuar em cenários complexos, dinâmicos e imprevisíveis. As ferramentas conceptuais desenvolvidas nas unidades curriculares relacionadas com Dinâmica de Equipas e Liderança constituíram um suporte essencial para compreender os fenómenos de grupo, a gestão de conflitos e a tomada de decisão em equipa. Neste âmbito, o Modelo de Julgamento Clínico de Tanner revelou-se igualmente aplicável à gestão organizacional, na medida em que a fase de *Interpreting* permite não só analisar sinais clínicos, mas também compreender dinâmicas de equipa, identificar constrangimentos, antecipar necessidades e gerir recursos de forma eficaz.

Durante os estágios hospitalares, foi possível observar que a gestão dos cuidados não ocorria de forma linear e esperada, mas antes como um processo contínuo e constante reajuste de acordo com a instabilidade clínica da PSC e consoante as condições do contexto. A organização dos cuidados no início do turno era baseada segundo a priorização dos doentes mais críticos, mas era rapidamente considerada insuficiente perante alterações súbitas do estado clínico da PSC e fluxo de doentes, exigindo reavaliações constantes e redefinição de prioridades. Esta realidade era contrastada com a abordagem devidamente estruturada e previsível que era planeada na teoria.

Um dos desafios à prestação de cuidados de qualidade e segurança do doente passava pelo fator tempo e natureza da distribuição de doentes. Em situação de elevada carga de trabalho, a necessidade de cumprir intervenções técnicas imediatas pode comprometer outras dimensões do cuidado, como a comunicação com a pessoa e sua família ou a própria avaliação clínica do doente. Este aspeto vai de encontro ao referencial teórico desenvolvido neste documento, que aponta para a influencia das condições organizacionais para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC.

No SUMC, caracterizado pela elevada imprevisibilidade e necessidade de resposta imediata, foi possível observar e integrar a gestão diária dos cuidados face a desafios não familiares, nomeadamente a ausência inesperada de recursos humanos. Neste contexto, tornou-se evidente a importância de adaptar o estilo de liderança às circunstâncias, promovendo uma gestão eficiente dos recursos disponíveis e assegurando a manutenção da qualidade dos cuidados, mesmo perante dotações inferiores às recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros.

A liderança da abordagem à pessoa em situação crítica implicou a articulação entre diferentes elementos da equipa multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, assumindo um papel ativo na tomada de decisão e na organização dos cuidados. A participação neste processo permitiu compreender a importância da comunicação eficaz, da clareza na distribuição de tarefas e da capacidade de adaptação em tempo real.

Durante os estágios, tive a oportunidade de acompanhar enfermeiros especialistas com funções de chefia, o que permitiu observar diferentes estilos de liderança e estratégias de gestão implementadas nos serviços. Este acompanhamento possibilitou também a participação ativa na gestão do turno, nomeadamente na delegação de tarefas, reorganização das equipas e gestão de situações imprevistas, contribuindo para o desenvolvimento de competências associadas à resolução de problemas em contextos complexos.

No SUMC, a gestão dos cuidados não se limita ao enfermeiro gestor, sendo frequentemente assumida pelo chefe de equipa durante o turno, geralmente um enfermeiro especialista ou, na sua ausência, um enfermeiro com maior experiência e competências de liderança. Foi neste contexto que mais refleti sobre a importância da liderança, da comunicação entre equipas e da tomada de decisão, reconhecendo o impacto direto destes fatores na qualidade dos cuidados prestados.

No início do turno, o enfermeiro gestor ou o chefe de equipa realizavam a distribuição dos elementos da equipa de trabalho pelos diferentes postos de trabalho. Esta era tida em conta a experiência de cada profissional, a complexidade de cuidados e a duração da jornada de trabalho com a finalidade de atribuir as funções de forma equitativa.

A sala de emergência estava sempre que possível atribuída a um EE ou, na sua impossibilidade ao enfermeiro com mais capacidades para assumir a função. De forma a integrar novos elementos (enfermeiros que se encontravam num nível de novato) o chefe de equipa delegava o posto de trabalho mais próximo fisicamente e com menos complexidade de cuidados com a finalidade de, na admissão de uma pessoa em sala de emergência esse elemento pudesse acompanhar o responsável pelo posto e participar de forma ativa no

tratamento e estabilização da PSC. Este momento era acompanhado de forma a integrar conhecimentos e a encorajar os novos elementos na participação no processo de cuidados à PSC de forma segura e eficaz.

No SMI, a distribuição de doentes era realizada de acordo com o número de horas de cuidados por cada doente. Apesar de existirem plataformas de cálculo destes dados, o enfermeiro gestor em conjunto com o EE mais experiente distribuíam dos doentes do serviço com critérios específicos definidos pela equipa da forma mais equitativa possível – era articulado o número total de horas de cuidados, estabilidade do doente, mobilização do doente para realização de intervenção cirúrgica/exames complementares de diagnóstico, técnicas invasivas e jornada de trabalho longa de forma a evitar sobrecarga física e psicológica dos enfermeiros. Considerei esta estratégia inteligente do ponto de vista humanístico uma vez que são tidos em conta fatores incalculáveis de forma objetiva que são determinantes para o bem-estar de toda a equipa.

A equipa de enfermagem, enquanto grupo profissional mais representativo nos serviços de saúde, assume um papel central na gestão dos cuidados, exigindo do enfermeiro competências como flexibilidade, capacidade de resolução de problemas, mediação de conflitos, coordenação e planeamento.

O papel do líder torna-se, assim, determinante na criação de um ambiente de confiança e colaboração, promovendo o desenvolvimento das competências da equipa e potenciando a qualidade da assistência. Liderar em enfermagem implica conduzir e organizar o trabalho da equipa, promovendo um atendimento eficiente e estimulando o desenvolvimento do potencial dos profissionais (Gelbcke et al., 2009). Este deve ter capacidade não só para delegar funções mas, também para adotar uma parceria com a equipa saudável que permita a expressão de sentimentos e apoie cada profissional a desenvolver as suas capacidades e promover uma relação de parceria e coresponsabilidade (Camacho & Moreira, 2021).

A articulação do líder/gestor com a sua equipa revelou-se fundamental na gestão dos cuidados, proporcionando uma abordagem mais integrada e segura dos cuidados. A comunicação é privilegiada neste processo, demonstrando ser um elemento fulcral em todos os momentos da jornada de trabalho.

A experiência vivenciada durante os estágios permitiu compreender a responsabilidade inerente à gestão dos cuidados e a complexidade da tomada de decisão em tempo real. A gestão criteriosa dos recursos humanos e materiais revelou-se essencial, particularmente em situações de défice de profissionais, onde foi necessário reorganizar equipas e redefinir prioridades, mantendo sempre o foco na segurança e qualidade dos cuidados.

A tomada de decisão em enfermagem é multifatorial, influenciada por fatores de carácter individual e subjetivo ou organizacional. O enfermeiro gestor ou, na sua ausência, o chefe de equipa, tem um papel fundamental na organização do trabalho e atitudes da equipa, tendo a responsabilidade de promover responsabilidade, autonomia e desenvolvimento profissional através da sua intervenção ativa na tomada de decisão (Lourenço et al., 2022).

A mobilização da fase de *Reflecting* do Modelo de Tanner revelou-se fundamental neste domínio, permitindo a autoavaliação do meu estilo de liderança e a identificação de áreas de melhoria. Compreendi que uma gestão eficaz assenta não apenas na organização e controlo, mas também na empatia, comunicação e capacidade de mobilizar a equipa multidisciplinar para objetivos comuns.

O papel do EE na gestão dos cuidados evidencia-se, assim, como crucial em contextos de elevada complexidade e variabilidade, sendo determinante para a articulação entre equipas, otimização de recursos e promoção da qualidade dos cuidados. A participação ativa neste processo durante os estágios permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área, reforçando o compromisso com uma prática profissional segura, eficiente e centrada na pessoa.

A experiência vivida nos estágios permitiu consolidar uma reflexão sobre esta competência, evidenciando que por vezes existe distância entre os modelos teóricos ideais e a realidade da prática clínica, reforçando a importância do EE pelas suas competências e capacidade de mobilizar conhecimento para aperfeiçoar a sua liderança em equipa, gestão e coordenação dos cuidados.

Importa, contudo, reconhecer que as competências adquiridas neste domínio constituem um processo em contínua construção, sendo o percurso desenvolvido apenas o ponto de partida para uma prática reflexiva e em constante aperfeiçoamento. A aprendizagem ao longo da vida assume, assim, um papel central, sustentando a capacidade de tomar decisões seguras e de qualidade, tanto para as equipas como para as pessoas em situação crítica.

Competência Comum do EE – “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

“D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.” (OE, 2018, p. 4745).

Competência de Mestre:

“d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 63).

O desenvolvimento contínuo assume-se como o motor de atualização da prática profissional, permitindo ao enfermeiro refinar a forma como observa, interpreta e intervém na realidade clínica. Neste sentido, os conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano do mestrado, particularmente na Unidade Curricular de Projeto, evidenciaram a importância da aprendizagem ao longo da vida enquanto base para uma prática sustentada na evidência científica. À luz do Modelo de Julgamento Clínico de Tanner, a capacidade de *Noticing* não é aleatória, sendo sustentada pelo conhecimento científico e pela experiência acumulada. Assim, quanto maior o investimento na formação e investigação, mais refinada se torna a capacidade de interpretar sinais precoces de instabilidade.

Com o objetivo de fortalecer este *background* e garantir uma prática auto-orientada, investi na formação contínua, frequentando diversos cursos e eventos científicos na área do doente crítico, nomeadamente: o *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS), *Pediatric Advanced Life Support* (PALS), *International Trauma Life Support* (ITLS) e *Immediate Life Support*, bem como formações específicas como a formação iTEAMS®, Via Verde Trauma e, o Workshop de Análises Clínicas: “Domina a Interpretação de Análises e Impressiona os Teus Doentes. Frequentei ainda eventos científicos relevantes, como o Congresso Internacional do Doente Crítico, as 1.^{as} Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da ULS Algarve, o *International Seminar on Implementation Science and Nursing*, a Conferência “Silêncios que gritam: desmitificar a(s) violência(s)” o seminário “(RE)AGIR: Quando o impossível acontece – Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe”, entre outros (Anexos I–XII). Estas experiências permitiram a atualização constante de conhecimentos e o contacto com práticas inovadoras e baseadas na evidência.

Durante o estágio em contexto extra-hospitalar, foi também necessário realizar formação específica no sistema informático utilizado (iTEAMS®), de forma a garantir a realização de registos clínicos adequados e seguros.

A componente formativa em serviço revelou-se igualmente fundamental, nomeadamente nos estágios realizados no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), onde tive a oportunidade de participar em sessões formativas

sobre temáticas relevantes para o cuidado ao doente crítico. Destaca-se a participação numa reunião com os elos dinamizadores do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), onde foram discutidas estratégias de melhoria contínua e abordadas problemáticas atuais, incluindo o controlo de infeção associado a dispositivos médicos, contribuindo para a minha autorreflexão e melhoria da prática clínica.

No âmbito da investigação, desenvolvi uma *Scoping Review* intitulada “Fatores que Influenciam a Tomada de Decisão do Enfermeiro na Intervenção à Pessoa em Situação Crítica com Trauma” (Apêndice I), que permitiu identificar quatro grandes categorias de fatores: individuais, contextuais, organizacionais e relacionados com a pessoa. Os resultados evidenciaram a importância da capacitação técnica e emocional do EE, bem como o impacto do ambiente de trabalho e da disponibilidade de recursos na tomada de decisão clínica.

A tomada de decisão do EE encontra-se diretamente relacionada com a segurança e qualidade dos cuidados. Neste sentido, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 destaca a formação dos profissionais de saúde como um eixo estratégico para a melhoria da segurança e qualidade em saúde (DGS, 2023). Adicionalmente, a utilização de ferramentas de apoio à decisão clínica, como protocolos, normas e orientações, assume-se como essencial para sustentar práticas seguras em contextos de elevada complexidade (DGS, 2023).

A disseminação do conhecimento constituiu uma componente essencial deste percurso. Para tal, participei em eventos científicos com a apresentação de um póster intitulado “Tomada de decisão do EE na Pessoa em Situação Crítica com Trauma” (Apêndice III) e apresentei uma comunicação oral, posteriormente premiada, intitulada “Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência” (Anexo IX), nas 1.ªs Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da ULS Algarve. Na sequência desta distinção, surgiu a oportunidade de publicação do trabalho em formato de revisão sistemática do tipo *Scoping Review*, atualmente em processo de publicação (Apêndice IV).

A aplicação prática deste conhecimento foi evidenciada durante os estágios, nomeadamente através da elaboração de instrumentos de apoio à prática clínica, como a instrução de trabalho “Intervenções de Enfermagem no Controlo de Infeção por *Clostridioides difficile*” (Apêndice V), no SUMC, e a instrução “Nutrição Entérica no Doente Crítico” (Apêndice VI), no SMI com o objetivo de padronizar procedimentos e reduzir o risco de contaminação cruzada associada a dispositivos invasivos.

Com base na revisão da literatura realizada, elaborei ainda uma tabela com os fatores relacionados com a tomada de decisão do enfermeiro identificados na revisão de literatura, que utilizei como instrumento de apoio à reflexão nos cuidados prestados à pessoa em

situação crítica com trauma, particularmente em contexto de sala de emergência. A recolha de dados observacionais permitiu desenvolver momentos de reflexão crítica, quer de forma autónoma quer em conjunto com enfermeiros especialistas, promovendo o desenvolvimento do raciocínio clínico.

Em todos os estágios procurei criar momentos de discussão de vários assuntos e dilemas com as enfermeiras orientadoras, onde foi possível criar troca de experiências, esclarecimento de dúvidas relativas ao processo de cuidado e aprofundar os meus conhecimentos. Estes momentos de *debriefing* revelaram-se fundamentais para a partilha de experiências, análise de práticas e identificação de oportunidades de melhoria, contribuindo não só para o meu desenvolvimento profissional, mas também para a promoção de uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua nas equipas.

Os conhecimentos previamente mobilizados nas UC's permitiram fundamentar previamente o meu pensamento autorreflexivo face às novas situações presenciadas. Estes serviram como base teórica na abordagem a várias situações vivenciadas na sala de emergência ou em contexto extra-hospitalar como a abordagem à pessoa com taqui/bradiarritmia, pessoa em PCR, Via Verde AVC, abordagem à pessoa com convulsão, abordagem à pessoa com trauma, entre outras. No SMI foi possível aprofundar conhecimentos que ainda não tinha tido oportunidade de desenvolver na prática clínica como intervenções à pessoa submetida a ventilação invasiva, realização de técnicas dialíticas e monitorização invasiva da PSC.

No SMI, realizei uma ação de formação subordinada ao tema “Tomada de decisão do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica com trauma” (Apêndice VII), bem como uma sessão de formação para apresentação da instrução de trabalho sobre “Nutrição Entérica no Doente Crítico” (Apêndice VII), promovendo a atualização de práticas e a uniformização de cuidados.

Por fim, o acompanhamento dos elos dinamizadores do controlo de infeção e gestão do risco permitiu compreender o impacto destas funções na qualidade dos cuidados e no desenvolvimento das equipas, reforçando a importância do EE na promoção de práticas seguras e baseadas na evidência.

Em síntese, este percurso evidencia o desenvolvimento consistente das competências no domínio das aprendizagens profissionais, sustentado na integração entre formação contínua, prática clínica, investigação e disseminação do conhecimento, reafirmando o compromisso com a excelência dos cuidados e a melhoria contínua da prática profissional. Para tal, destaca-se a importância de desenvolver uma prática profissional baseada na evidência, como uma metodologia que defende que o cuidado clínico e o ensino são

imprescindíveis para o conhecimento e qualidade da evidência mais atual e de cariz científico (Pedrolo et al., 2009).

Neste sentido, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais constituiu a base estruturante para a mobilização integrada das competências clínicas especializadas, permitindo sustentar uma prática reflexiva, autónoma e baseada na evidência. Assim, os domínios apresentados de seguida evidenciam a aplicação prática deste percurso formativo nos diferentes contextos de cuidado à pessoa em situação crítica.

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

Segundo o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, a especialização em EMC-PSC tem como alvo a PSC, aquela que é entendida por ter a sua vida ameaçada por falência/eminência de falência de uma ou mais funções vitais e, a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Destacam-se as seguintes competências específicas, na área da EMC – PSC:

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

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p. 19359).

Os cuidados prestados são altamente qualificados e prestados de forma contínua para dar resposta às necessidades inerentes com o objetivo de manter as suas funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades com o alvo de atingir a sua recuperação total (OE, 2018).

De seguida, segue-se a análise das três competências anteriormente enunciadas para uma análise reflexiva mais aprofundada.

1 - “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”

O cuidado à PSC e sua família e cuidador exige do EE uma intervenção diferenciada, sustentada num raciocínio clínico avançado, que ultrapassa a mera execução de técnicas. O EE mobiliza múltiplos conhecimentos e habilidades para responder, em tempo útil e de forma holística, à complexidade das situações de saúde e às necessidades da pessoa e sua família/pessoa significativa (OE, 2018).

A consolidação desta competência iniciou-se com o aprofundamento teórico durante o percurso no mestrado. Investir de forma autónoma na certificação em ACLS, PALS e ITLS, adquirindo algoritmos estruturados essenciais à abordagem da reanimação e do trauma.

O Modelo de Julgamento Clínico de Tanner constituiu o fio condutor da prática clínica nos diferentes contextos de estágio (SIV, SUMC e SMI). No Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), perante um doente politraumatizado por queda com degradação neurológica súbita, a mobilização das fases de *Noticing* e *Interpreting*, sustentadas na abordagem sistematizada ABCDE, permitiu identificar precocemente sinais de agravamento. A articulação com a equipa médica para a permeabilização imediata da via aérea (*Responding*) evidenciou a minha capacidade de resposta célere e antecipatória face à instabilidade. No SMI, o contacto com a hemodiafiltração venovenosa contínua (CVVHDF) demonstrou que a gestão da falência orgânica exige uma constante fase de *Reflecting*, com ajuste crítico e contínuo dos parâmetros terapêuticos.

O primeiro contacto com a PSC ocorreu no estágio em contexto extra-hospitalar (SIV), que se revelou particularmente desafiante pela ausência de experiência prévia neste ambiente. Foi necessário um investimento intensivo no estudo dos protocolos instituídos para a abordagem à PSC, de forma a garantir uma intervenção segura e adequada.

No estágio realizado no SMI, tive a oportunidade de contactar com a PSC num ambiente mais controlado, o que permitiu desenvolver conhecimentos e competências em técnicas altamente diferenciadas, como a colocação e manutenção de cateter arterial e venoso central, ventilação mecânica invasiva e cuidados associados. A técnica dialítica revelou-se um recurso frequente e de elevada complexidade, tendo sido necessário aprofundar conhecimentos nesta área. Durante a permanência no serviço, prestei cuidados a vários doentes sob CVVHDF,

técnica que exige prática consistente e um sólido conhecimento teórico, sendo mantido um estudo contínuo ao longo do estágio.

Outras intervenções, como a interpretação da monitorização invasiva, colheita de sangue arterial para gasometria e análises laboratoriais, bem como a gestão da ventilação invasiva e não invasiva, exigiram preparação prévia e desenvolvimento progressivo de competências. Todos os doentes se encontravam sob monitorização contínua de parâmetros vitais, reforçando o papel do enfermeiro na vigilância permanente e na deteção precoce de alterações do estado clínico.

A consulta de normas e procedimentos instituídos nas Unidades Locais de Saúde permitiu compreender a importância da padronização dos cuidados na prática clínica. Adicionalmente, tive a oportunidade de assistir à realização de broncofibroscopias e procedimentos de *toilette* brônquica, ampliando a minha compreensão sobre intervenções especializadas no doente crítico.

O sistema informático *Bsimple*® revelou-se uma ferramenta essencial na gestão dos cuidados, integrando registos de enfermagem e médicos, planos de cuidados, *bundles* de prevenção e controlo de infeção (nomeadamente associados a cateter venoso central e cateter vesical) e escalas de avaliação do doente crítico, contribuindo para uma prática mais estruturada e segura.

Atendendo à minha experiência limitada prévia nesta área, a realização de cursos de SAV adulto e pediátrico, e de ITLS foi determinante para o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, nomeadamente em situações de paragem cardiorrespiratória e emergências cardiovasculares. A primeira situação em que mobilizei estes conhecimentos ocorreu em contexto domiciliário, perante uma pessoa em paragem cardiorrespiratória, onde foi fundamental antecipar tarefas, adaptar a intervenção às condições do local e otimizar os recursos disponíveis. Outras situações incluíram pessoas com suspeita de taquicardia supraventricular, bradicardia, enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Embora o contacto com o doente trauma tenha sido mais limitado, a minha atuação foi sustentada pelos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares e formações realizadas. Neste contexto, importa destacar a relevância das competências não técnicas, como liderança, trabalho em equipa, gestão de tarefas e comunicação, fundamentais para a atuação em emergência, conforme preconizado pelo INEM (2020).

Durante a permanência no SMI, realizei um turno na EEMI que, apesar de não ter sido acionada, pude participar na auditoria da mala de transporte e teste de equipamento para garantir uma atuação eficaz.

No SUMC prestei cuidados em todas as áreas de atuação possíveis, passando por todos os postos de trabalho para compreender a dinâmica de funcionamento. O posto de triagem, onde iniciava o processo assistencial à pessoa e aplicava algoritmos de prioridades para estabelecer a gravidade. Este momento era importante para perceber o que definia no momento de admissão se a pessoa carecia de cuidados centrados na PSC ou não. No momento estavam a ser desenvolvidos esforços para a implementação de três protocolos institucionais: os protocolos de controlo da dor, febre e dor torácica. Ambos iriam definir circuitos e procedimentos de atuação a realizar em caso de presença de uma pessoa com dor para promover alívio e conforto imediato da dor intensa, controlo da temperatura e apirexia e, realização de EGC para identificação precoce de doença coronária (e consequente ativação da Via Verde Coronária – igualmente em processo de implementação) simultaneamente. O acompanhamento da pessoa até à sala de emergência facilitava o processo de transporte da pessoa até à sala de emergência.

Na sala de emergência, desenvolvi a minha aptidão na abordagem sistematizada do doente crítico através da metodologia ABCDE, que permite identificar prioridades e intervir de forma estruturada (INEM, 2024). Destaco a experiência com um doente vítima de queda da própria altura com deterioração neurológica de causa inicialmente indeterminada, bem como um caso de convulsão em doente sem antecedentes relevantes, que exigiu discussão multidisciplinar e tomada de decisão partilhada. Outros momentos tornaram-se enriquecedores para implementação de protocolos de atuação no DC cujo conhecimento foi adquirido pelas formações de SAV e UC's.

A realização de turnos na sala de tratamentos permitiu compreender o circuito do doente e o papel do enfermeiro num contexto mais funcional e orientado para a queixa. Apesar da natureza mais técnica e interdependente das intervenções, procurei manter uma abordagem centrada na pessoa, promovendo a comunicação com o doente e família, reconhecendo o seu papel fundamental na qualidade dos cuidados e na tomada de decisão.

Os postos afetos às especialidades foram os menos explorados durante a passagem pelo SUMC por não possuírem as características ideais para prestação de cuidados dirigidos ao meu processo de competências, porém foi essencial compreender o modo de funcionamento e intervenções desenvolvidas para integrar uma reflexão mais ampla sobre os cuidados de saúde.

No serviço de observação, onde os doentes apresentam risco intermédio a elevado, foi possível desenvolver competências de vigilância contínua e aprofundar a comunicação terapêutica com o doente e família, mesmo em contexto de visitas restritas, promovendo uma relação de confiança e adequação dos cuidados. A vigilância próxima com o doente

possibilitou a deteção precoce de deterioração do estado de saúde da pessoa e consequente atuação consoante a situação. Este local carecia de equipamento de reanimação para todos os doentes pelo que se tornava desafiante geri-los de forma equitativa. Uma situação pontual, com um doente em SO com bradicardia acentuada levou a pensar no modo como garantir a monitorização contínua através de elétrodos multifunções (com recurso a desfibrilhador) para garantir uma rápida atuação SAV em caso de PCR e, como consequência retirava um recurso essencial na sala de emergência que poderia ser necessário caso reunisse duas pessoas em simultâneo a precisar de desfibrilhador. Tal foi discutido com a enfermeira orientadora que como, chefe de equipa, reconheceu o desafio e colaborou para a minha tomada de decisão mais acertada para aquele momento.

Importa ainda referir a experiência relacionada com o transporte do doente crítico (TDC), num contexto em que a Unidade Local de Saúde dependia de referenciação para unidades com maior diferenciação. O TDC constitui um processo complexo que exige competências ao nível da avaliação clínica, estabilização do doente e gestão logística do transporte (Saúde, 2025). O transporte inter-hospitalar, ou transporte secundário, ocorre quando há necessidade de recursos não disponíveis na unidade de origem ou ausência de vagas, implicando articulação eficaz entre equipas (Saúde, 2025). Não tive a oportunidade de participar num transporte inter-hospitalar porém esta temática foi aprofundada de forma autónoma direcionada para o transporte intra-hospitalar do DC que era igualmente complexa.

Na Ambulância SIV, foi aplicada igualmente a metodologia de abordagem ABCDE tanto para a abordagem ao doente como para o processo de registos e transição de cuidados de forma a uniformizar os procedimentos e cuidados prestados com o ambiente hospitalar. Neste contexto o stress que envolvia a situação era elevado e o fator tempo era o mais importante no cuidado à PSC. Desta forma, é essencial que a equipa, com foco no enfermeiro, tenha equilíbrio emocional para não deixar sentimentos negativos e o pânico dominem no momento da atuação (Pereira, 2021).

A inclusão da família/pessoa de referência foi realizada para otimizar o processo de cuidados à PSC. Complementado o que já foi referido em competências anteriores, a comunicação é uma ferramenta que acompanha o EE na tomada de decisão.

A situação mais complexa durante os estágios era o de transmissão de más notícias. Para tal, relembrei alguns conhecimentos prévios sobre o protocolo *Spikes*, que compreende seis etapas fundamentais: *Setting Up* (Organizar o ambiente, garantir privacidade, sentar-se e evitar interrupções); *Perception* (avaliar o que a pessoa já sabe/percebe sobre os detalhes do diagnóstico e prognóstico), *Invitation* (Verificar o quanto o paciente deseja saber sobre os detalhes do diagnóstico e prognóstico), *Knowledge* (Transmitir a informação de forma clara e

direta em linguagem acessível e em pequenas etapas), *Emotions* (reconhecer e validar as reações emocionais da pessoa) e *Strategy* (Elaborar um plano de ação conjunto, resumir os pontos principais e definir as próximas etapas) (Girardi et al., 2024).

Os profissionais de saúde precisam de ser capazes de gerir expectativas, reações emocionais intrínsecas e extrínsecas e o envolvimento de todas as partes no processo de tomada de decisão, para além de proporcionarem a homeostasia entre a honestidade, coragem, esperança e solidariedade para com a pessoa no início do processo de luto (Girardi et al., 2024). No momento da transmissão de más notícias, a situação era debatida com a enfermeira orientadora tendo em consideração as etapas deste protocolo com a finalidade de transmitir a notícia à família com respeito humanismo e eficácia. Desenvolver estas habilidades faz parte de um processo contínuo do percurso profissional que deve ser continuamente aperfeiçoado.

Esta temática gera uma variável de sentimentos que fazem procurar melhorar a minha prática diariamente não só como o conhecimento profissional, mas também pessoal.

Apesar da experiência inicial limitada na área da PSC, o conjunto de vivências ao longo dos estágios revelou-se extremamente enriquecedor, permitindo a aquisição e desenvolvimento progressivo de competências no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família. Este percurso contribuiu para a construção de uma prática mais segura, reflexiva e fundamentada, reforçando a minha capacidade de intervenção enquanto futura Enfermeira Especialista.

2 – “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.”

Uma situação de exceção e catástrofe é definida como um acidente grave ou a série deles que, são suscetíveis de provocar elevados prejuízos materiais e vítimas, afetando as condições de vida e a componente socioeconómica de forma regional ou até nacional (OE, 2018).

Já um evento multivítima é caracterizado por ser um evento que envolve um número de vítimas de tal forma que altera o normal funcionamento dos serviços de emergência e dos cuidados de saúde e leva à consequência da adoção de procedimentos médicos de emergência com o objetivo de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às pessoas afetadas de acordo com os recursos disponíveis (OE, 2018).

A atuação em cenários de emergência, exceção e catástrofe exige do EE a capacidade de gerir, de forma integrada, não apenas a condição clínica da vítima, mas também a segurança do ambiente, a gestão de recursos e os aspetos ético-legais associados. Nestes contextos de elevada complexidade e imprevisibilidade, o EE assume um papel fundamental na antecipação de necessidades, coordenação de equipas e priorização de cuidados, garantindo uma resposta célere, segura e diferenciada à pessoa em situação crítica (OE, 2018).

O desenvolvimento desta competência teve início no período académico, através da frequência do seminário “(RE)AGIR: Quando o impossível acontece – Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe” e da formação em Via Verde Trauma, que forneceram bases estratégicas essenciais para a atuação em contextos críticos. Paralelamente, a identificação de lacunas na salvaguarda de vestígios forenses no contexto de urgência motivou o desenvolvimento de trabalho nesta área, culminando na elaboração de um artigo científico (Apêndice IV), atualmente em processo de publicação, e na apresentação da comunicação oral “Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência” (Anexo IX), distinguida nas 1.ªs Jornadas de Enfermagem em Urgência da ULS Algarve. Esta experiência contribuiu para a capacitação pessoal e das equipas, nomeadamente no que respeita à correta cadeia de custódia e integração da dimensão médico-legal na prática clínica.

A prática clínica foi orientada pelo Modelo de Julgamento Clínico de Tanner. No contexto extra-hospitalar (SIV), a utilização do sistema de comunicação iTEAMS® e a aplicação da metodologia START em cenários de multivítimas exigiram uma mobilização imediata da fase de *Interpreting*, implicando a suspensão do modelo de cuidado individual em favor de uma abordagem centrada na viabilidade global das vítimas. Esta adaptação evidencia a necessidade de tomada de decisão rápida e gestão eficiente de recursos em situações críticas.

No que respeita à fase de *Reflecting*, procedi à análise dos Planos de Emergência Interna do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), discutindo de forma crítica com as chefias os constrangimentos associados à evacuação do serviço, nomeadamente a sua localização no piso 1. Esta reflexão permitiu assumir uma postura proativa na identificação de vulnerabilidades estruturais e na proposta de melhorias, em consonância com o papel do EE enquanto agente de mudança e promotor da segurança.

A atuação em contextos de exceção e catástrofe desafia a prática habitual, exigindo flexibilidade, capacidade de adaptação e desenvolvimento contínuo do pensamento crítico e da tomada de decisão, competências que são potenciadas através da formação, experiência e prática simulada. Neste sentido, a realização de cursos de ACL e ITLS revelou-se

fundamental, permitindo o treino em cenários complexos e o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas.

Durante o estágio em contexto pré-hospitalar, tive a oportunidade de conhecer e estudar protocolos de atuação em situações de exceção e catástrofe, bem como documentos institucionais que abordam cenários de multivítimas e exposição a agentes nucleares, radiológicos, biológicos e químicos, contribuindo para a consolidação de conhecimentos nesta área. Embora não tenha vivenciado diretamente uma situação real de catástrofe, foram promovidos momentos de discussão de cenários e partilha de experiências, enriquecendo a minha preparação para uma eventual atuação futura.

A ambulância SIV e o SUMC onde foram realizados os estágios encontravam-se equipados com um kit de triagem em catástrofe, constituído por etiquetas de triagem, material de registo e fluxogramas de apoio à avaliação primária e secundária, permitindo operacionalizar a metodologia START em cenários de múltiplas vítimas.

Uma situação de exceção passível de acontecer no SUMC diz respeito à sobrelotação dos serviços e estruturas que pode acontecer por conta de um sinistro ou eventos sazonais. O período de estágio não compreendeu um período sazonal, como o da gripe, nem houve relato de eventos de exceção, como por exemplo acidentes rodoviários. Procurei desta forma, saber com base na experiência dos profissionais que integravam este serviço, a forma de atuação neste tipo de situações para perceber como era realizado o processo de tomada de decisão inerente, por exemplo, à gestão de recursos materiais e humanos, gestão do stress e liderança em equipa.

O interesse pela área da preservação de vestígios forenses emergiu da percepção de que esta temática se encontra ainda pouco desenvolvida na prática clínica. Considerando que o serviço de urgência constitui frequentemente o primeiro ponto de contacto com vítimas de violência ou crime, tornou-se fundamental adquirir competências que permitam identificar sinais de agressão e garantir a adequada preservação de provas, especialmente em pessoas com trauma.

Importa salientar que a intervenção do EE nestes contextos não se limita à abordagem direta à pessoa, implicando uma visão global, estratégica e eticamente sustentada, integrando o meio envolvente e os princípios da prática profissional. Neste sentido, o EE assume-se como mediador da qualidade e segurança dos cuidados em contextos de elevada exigência (OE, 2018). Os planos de emergência e catástrofe bem como os planos de evacuação do SUMC encontravam-se atualizados e adaptados à realidade do serviço tornando a sua consulta útil para compreender os procedimentos a adotar em casos reais.

No SMI o plano de segurança e catástrofe encontrava-se de acordo com a última reformulação física do serviço, realizada recentemente tal como a Instrução em caso de incêndio e sismo. Também estava disponível para consulta uma norma de atuação da responsabilidade do diretor de serviço sobre procedimentos a adotar em caso de situações de exceção (ameaça de bomba, falha de energia, etc), que era transversal a todos os serviços desta ULS.

Em síntese, o desenvolvimento desta competência resultou da integração entre conhecimento teórico, formação prática e reflexão crítica, permitindo consolidar capacidades de resposta em cenários complexos, ainda que não tenham sido vivenciadas situações reais de catástrofe. Mantém-se, assim, o compromisso com a formação contínua e a preparação para uma atuação segura e eficaz nestes contextos.

3 – “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”

A maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos constitui uma competência central do Enfermeiro Especialista (EE), particularmente perante a pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica, dada a complexidade das situações clínicas e a necessidade de respostas adequadas e em tempo útil. O EE deve, assim, responder de forma eficaz face ao risco acrescido de infeção nos diversos contextos de atuação, assegurando cuidados diferenciados e seguros (OE, 2018).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) representam um dos principais desafios à segurança do doente e à qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2021). Segundo o *Global Report on Infection Prevention and Control* (WHO, 2021), 23,6% dos casos de sépsis tratados em ambiente hospitalar estão associados à prestação de cuidados de saúde, sendo que 48,7% dos casos de sépsis com disfunção orgânica em Unidades de Cuidados Intensivos resultam de infeções adquiridas durante o internamento. Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026), nomeadamente no seu pilar dedicado às práticas seguras, estabelece como objetivo prioritário a redução das IACS e das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2023).

O desenvolvimento desta competência teve como alicerce o referido plano estratégico e a frequência da Ação de Formação Digital sobre Prevenção e Controlo de Infeção, que se revelaram fundamentais para a compreensão epidemiológica do risco e para a adoção de práticas baseadas na evidência. Com o intuito de consolidar conhecimentos, foi ainda

realizado um trabalho teórico intitulado “*Plano de Prevenção e Controlo de Infecção para Visitas na Unidade de Cuidados Intensivos*” que permitiu aprofundar a temática e refletir sobre estratégias de prevenção das IACS.

A aplicação do julgamento clínico, particularmente na fase de *Responding* do Modelo de Tanner, materializou-se na conceção de materiais orientadores ajustados às necessidades identificadas nos contextos de estágio. No SUMC, perante a necessidade de uniformização da atuação da equipa, desenvolvi a instrução de trabalho “*Intervenções de Enfermagem no Controlo de Infecção por Clostridioides difficile*” (Apêndice IX). Esta norma permitiu definir orientações práticas dirigidas aos profissionais de saúde, nomeadamente no que respeita à adoção de medidas preventivas, utilização de barreiras de acordo com o tipo de transmissão, procedimentos de diagnóstico e prevenção da infeção cruzada.

Durante os estágios, as enfermeiras orientadoras do SUMC e da ambulância SIV, enquanto elos dinamizadores do PPCIRA, demonstraram total disponibilidade para partilhar o trabalho desenvolvido e promover momentos de reflexão e discussão. Destas interações emergiu a identificação de lacunas na formalização de procedimentos, particularmente no caso do *Clostridioides difficile*, o que motivou o desenvolvimento da referida instrução de trabalho.

Paralelamente, foram discutidas estratégias para melhoria das práticas, nomeadamente ao nível do isolamento de doentes infetados, sinalização adequada, acessibilidade aos equipamentos de proteção individual (EPI), organização de circuitos de descarte e reforço da higienização das mãos.

A literatura refere que houve um aumento da incidência de colonização e infeção por *Enterobacteriaceas* Resistentes aos Carbapenemos (ERC) nas unidades de saúde em Portugal, levando à preocupação dos profissionais de saúde e as estruturas de prevenção e controlo de IACS. Apesar de existirem normas locais de prevenção e controlo deste tipo de infeções, o SNS através do PPCIRA desenvolveu uma recomendação geral com o objetivo de adotar ou aperfeiçoar as boas práticas nas unidades hospitalares visando a prevenção da transmissão de ERC em situações em que não foi declarada a existência de surto (PPCIRA, 2017).

Este programa estava documentado através de uma instrução de trabalho desenvolvida pelo gabinete local do PPCIRA da ULS que integra este serviço, que era cumprido de forma célebre a todas as pessoas admitidas no SMI, a cada oito dias de permanência e no momento da alta. Os dados estatísticos referentes à taxa de infeção por ECR não foi possível de consultar uma vez que esses dados não se encontravam disponíveis para consulta no serviço, porém, em discussão com o elo dinamizador foi possível saber que esta taxa se encontrava

com valores elevados e, após instrução e formação da equipa, em um ano, a taxa de infeção por ERC diminuiu drasticamente. Tal deveu-se ao facto de o elo dinamizador ter um papel fundamental para a motivação da equipa em desenvolver melhores práticas de cuidados.

Ressalva-se através desta reflexão, a importância do EE em EMC – PSC por reunir conhecimentos e competências de liderança e nesta temática para obter uma melhoria da qualidade e segurança do doente como neste caso particular.

O acompanhamento dos elos dinamizadores do PPCIRA, durante dois turnos nos estágios do SUMC e SMI, permitiu compreender de forma mais aprofundada o trabalho desenvolvido por estes profissionais, nomeadamente ao nível das auditorias à higienização das mãos e da monitorização do cumprimento das *bundles* de prevenção definidos pela Direção-Geral da Saúde. Esta experiência possibilitou a mobilização da fase de *Noticing* do Modelo de Tanner, através da observação sistemática da prática dos pares, bem como da fase de *Reflecting*, promovendo momentos de *debriefing* e reflexão conjunta com as equipas.

Estas vivências evidenciaram a complexidade da função associada ao PPCIRA, reforçando a importância do EE na dinamização de práticas seguras, na identificação de necessidades e na promoção de uma cultura de segurança e melhoria contínua.

Durante a prática clínica, foi necessário consultar as normas e procedimentos em vigor em cada serviço para proceder a uma boa tomada de decisão. A formação também foi fundamental para a consolidação de conhecimentos e habilidades, que realizei com a temática “*Prevenção e Controlo de Infeção em estruturas residências de Idosos*” (Anexo XII). Esta formação abordou vários conceitos relacionados com a temática que eram transversais aos cuidados hospitalares e extra-hospitalares.

Ainda no período curricular, tive a oportunidade de realizar uma visita ao serviço de esterilização de uma Unidade Local de Saúde, onde foram apresentados os circuitos de processamento de dispositivos médicos e o papel do EE nesta área, contribuindo para uma visão mais abrangente dos processos de controlo de infeção.

O enfermeiro, enquanto elemento integrante das equipas multidisciplinares, assume um papel central na vigilância e implementação das precauções básicas, contribuindo para a redução de riscos, melhoria da qualidade dos cuidados e obtenção de ganhos em saúde (Cavalcante et al., 2021).

Em síntese, estas experiências permitiram a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e a consolidação de competências técnicas, científicas e relacionais na área da prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos. Considero ter atingido esta competência de forma consistente, assumindo o compromisso de continuidade na

atualização de conhecimentos e na promoção de práticas seguras, com vista à prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório assinala a conclusão de um percurso académico e clínico exigente, desafiante e profundamente transformador, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica. Este percurso permitiu articular, de forma consistente, o projeto de aprendizagem centrado na “Tomada de Decisão do Enfermeiro no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica com Trauma” com a experiência prática desenvolvida, de forma sequencial, nos contextos pré-hospitalar e hospitalar (SIV, SUMC e SMI). Sustentada no Modelo do Julgamento Clínico de Tanner, esta trajetória promoveu a transição de um raciocínio predominantemente reativo para um julgamento clínico estruturado, reflexivo e antecipatório.

Face ao exposto, considera-se que os objetivos gerais e específicos delineados foram plenamente alcançados. Foi possível caracterizar criticamente os contextos de intervenção, sistematizar a melhor evidência científica na área do trauma e demonstrar, de forma inequívoca, a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, em conformidade com os referenciais da Ordem dos Enfermeiros, bem como das competências inerentes ao grau de Mestre.

A sequência de estágios revelou-se estratégica, permitindo compreender de forma integrada o percurso da pessoa em situação crítica desde o local da ocorrência até à sua admissão e tratamento em contexto hospitalar. A progressão pelos diferentes contextos — SIV, SUMC e SMI proporcionou contacto com níveis crescentes de complexidade, exigindo uma adaptação contínua e um aprofundamento do conhecimento ajustado às especificidades de cada cenário.

Os estágios constituíram, assim, uma componente essencial de desenvolvimento profissional e pessoal, possibilitando a observação, participação e reflexão crítica sobre a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família. Neste âmbito, destaca-se o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, com particular enfoque na comunicação, enquanto pilar fundamental para a qualidade e segurança dos cuidados.

O impacto deste percurso ultrapassou a dimensão individual, traduzindo-se em contributos efetivos para a prática clínica e para as equipas. A realização da *Scoping Review* e a comunicação oral premiada sobre preservação de vestígios forenses evidenciam a capacidade de translação do conhecimento científico para a prática. Paralelamente, o desenvolvimento de ferramentas aplicadas — como a atualização da *checklist* da mala de trauma na SIV e a criação e implementação de instruções de trabalho no SUMC (Intervenções

de Enfermagem no Controlo de Infecção por *Clostridioides difficile*) e no SMI (Nutrição Entérica no Doente Crítico) — contribuiu para a padronização dos cuidados, redução da variabilidade e reforço da cultura de segurança.

Importa, contudo, reconhecer que este percurso não esteve isento de desafios. A gestão do tempo face às exigências académicas, a adaptação a contextos de elevada imprevisibilidade e a gestão de dilemas éticos, nomeadamente em ambientes com limitações estruturais, exigiram o desenvolvimento de resiliência, capacidade de liderança e competências de adaptação. Estas experiências reforçam a importância de estratégias futuras, como o investimento na simulação clínica interdisciplinar e na atualização contínua dos protocolos, nomeadamente na Via Verde Trauma.

Em todos os contextos, procurou-se prestar cuidados sustentados nas competências do Enfermeiro Especialista e de Mestre, alicerçados nos princípios éticos e deontológicos e na melhor evidência científica disponível, com vista à excelência dos cuidados. O acompanhamento de profissionais de referência e o trabalho em equipa multidisciplinar foram determinantes para o desenvolvimento e consolidação dessas competências.

Cuidar da pessoa em situação crítica e da sua família revelou-se um processo complexo, exigindo uma abordagem holística, crítica e reflexiva, consolidada ao longo deste percurso formativo. A escolha do tema da tomada de decisão revelou-se particularmente pertinente, constituindo um eixo central de desenvolvimento profissional e um contributo relevante para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Em síntese, este relatório materializa não apenas o cumprimento dos objetivos académicos, mas também um compromisso ético e profissional com a excelência do cuidar. As aprendizagens realizadas sustentam a construção de uma identidade sólida enquanto Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem, capacitando para uma intervenção autónoma, segura e baseada na evidência, com foco na dignidade, recuperação e sobrevivência da pessoa em situação crítica. Reafirma-se, ainda, o compromisso com a aprendizagem contínua e com a melhoria sustentada da qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Guia para elaboração de Programas Funcionais*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Guia-Programas-funcionais_20240408_vf.pdf

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica da Enfermagem* (Edição Comemorativa). Quarteto Editora.

Boterf, G. L. (2005). *Construir as Competências Individuais e Coletivas* [Papel]. ASA.

Brigolini, G., & Ciconet, R. M. (2023). RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DA COLUMNA: UMA ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. *Cogitare Enfermagem*, 28, e87844. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.87844>

Camacho, N., & Moreira, H. (2021). Estratégias motivacionais no trabalho de enfermagem: *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. <http://hdl.handle.net/10400.26/46454>

Cavalcante, G. da C., Souza, M. S. de, Torres, A. da R., Oliveira, C. L. de, Queiroz, J. W. do N., Ribeiro, H. S., Alves, J. M., Freire, J. G. de A., Santos, R. Â., & Azevedo, A. P. de. (2021). Estratégias para quebra de cadeia de transmissão de microrganismos de precaução por contato em pacientes imunossuprimidos / Strategies for breaking the transmission chain of precautionary micro-organisms by contact in immunosuppressed patients. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 17455–17465. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-238>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata* (2015). <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Documentac%CC%A7a%CC%83o-DGS-Circular-Normativa-15-2015-Triagem-Referenciacao%CC%A7a%CC%83o-Interna-no-SU.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma n.º012/2022—Via Verde do Trauma no Adulto* (012/2022). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2023). *RELATÓRIO ANUAL DE MONITORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2021-2026* (pp. 1–38). Direção-Geral de Saúde. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/relatorio-de-monitorizacao-da-implementacao-do-pnsd-2021-2026_final_parapublicacaofinal-2-pdf.aspx

Ferreira, F. C. R., Rufino, J. S., Souza, A. A. de, Custódio, A. D., Diniz, S. G. de M., Diniz, P. P., Soares, J. E. S., Sousa, B. R. B. de, Silva, E. G. da, & Mesquita, R. de O. (2025). O papel

da auditoria de enfermagem na melhoria da qualidade dos cuidados em saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25, e19107. (83981718784). <https://doi.org/10.25248/reas.e19107.2025>

Freitas, M. da G., Silva, É. de A. A. da, & Soares, J. de O. (2024). Tomada de decisão nos serviços de emergência pelo enfermeiro: Uma revisão de literatura. *Enfermagem Brasil*, 23(4), 1880–1892. <https://doi.org/10.62827/eb.v23i4.4023>

Gelbcke, F., Souza, L., Sasso, G., Nascimento, E., & Bulb, M. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: Reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 136–139. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100021>

Girardi, J., Andrade, B., Leao, F., Protazio, M., Oliveira, M., & Chaves, C. (2024). O protocolo spikes na comunicação de más notícias em saúde: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 14, 142–150. <https://doi.org/10.18378/rebes.v14i1.10218>

Gonçalves, P., & Marques, M. (2025). A ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA PREVENÇÃO DE INFEÇÕES EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 10(3), 113–132.

Gupta, V. S., Burke, K., Bruns, B. R., & Dumas, R. P. (2024). Utilization of trauma nurse screening procedure for triage of the injured patient. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery: Official Publication of the European Trauma Society*, 50(3), 1003–1006. <https://doi.org/10.1007/s00068-022-02105-8>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017a). *Meios de Emergência*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.inem.pt/category/cidadaos/meios-de-emergencia/>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017b). *O que é o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)?* Serviço Nacional de Saúde. <https://www.inem.pt/2017/05/26/o-que-e-o-sistema-integrado-de-emergencia-medica-siem/>

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Portal INE - Base Dados—CENSOS 2021*. Instituto Nacional de Estatística. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0014584&contexto=pi&selTab=tab0

Laari, L., Anim-Boamah, O., & Nyame, M. (2024). Defining soft skills in nursing: A concept analysis. *Frontiers of Nursing*, 11(3), 243–251. <https://doi.org/10.2478/fon-2024-0023>

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da

literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, (30), 557–578.
<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Mani, Z., Kuhn, L., & Plummer, V. (2024). Emergency Nurse Roles, Challenges, and Preparedness in Hospitals in the Context of Armed Conflict. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 18, 21. <https://doi.org/10.1017/dmp.2024.7>

Marques, F. M., Pinheiro, M. J., & Alves, P. V. (2022). O julgamento clínico e a tomada de decisão nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(5), 1731–1740. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23142021>

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). PERECER N.º17/2018—ENQUADRAMENTO NA APLICAÇÃO DO DECRETO-LEI N.º 27/2018 DE 27 DE ABRIL RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–3.

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. *Diário da República n.º 153/2014, 2.ª série de 2014-08-11*, 20673–20678.

Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, Â., Silva, M., Campos, R., & Santos, M. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(Nº6), 20114. <https://doi.org/10.12707/RV20114>

Nunes, J., Amendoeira, J., Cruz, D., Lasater, K., Morais, S., & Carvalho, E. (2020). Clinical judgment and diagnostic reasoning of nursing students in clinical simulation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20180878. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0878>

Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 33–45.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. 1–112.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: - NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA;—NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA;—NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA;—NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA*. 38.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação

perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República* n.º 135/2018, *Série II* de 2018-07-16, 19359–19370.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* n.º 26/2019, *Série II* de 2019-02-06, 4744–4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da República* n.º 184/2019, *Série II* de 2019-09-25. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de referência—Medicina Intensiva* (pp. 1–103). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Oliveira, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. Em *Gestão nas Organizações de Saúde* (Vol. 2, pp. 147–193).

Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Lazzari, L., Meier, M., & Crozeta, K. (2009). A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS COMO FERRAMENTA PARA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO. *Cogitare Enfermagem*, 14. <https://doi.org/10.5380/ce.v14i4.16396>

Pereira, I. (2021). *A Perspetiva dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários Face à Emergência Pré-Hospitalar* [Trabalho Projeto Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Saúde de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/server/api/core/bitstreams/7372d834-7fee-4098-b5fa-a8d9a1dfb315/content>

PPCIRA. (2017). *Recomendação Prevenção da Transmissão de Enterobacteriaceas Resistentes aos carbapenemos em Hospitais de Cuidados Agudos*. Serviço Nacional de Saúde. <https://doi.org/https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>

Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República*, 1ª série, n.º 13/2025 de 2025-01-20 - *Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, alterado pelo Decreto-Lei n.º 13/2022, de 12 de janeiro*, 4147–4182.

Serviço Nacional de Saúde. (2021). Despacho n.º 7534-B/2021, de 29 de julho. *Diário da República* n.º 146/2021, 2º Suplemento, Série II de 2021-07-29. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7534-b-2021-168697999>

Serviço Nacional de Saúde. (2022). *EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR ENTRA EM FUNCIONAMENTO NO HGO - ULS Almada-Seixal*. <https://www.ulsas.min-saude.pt/equipa-de-emergencia-medica-intra-hospitalar-entra-em-funcionamento-no-hgo/>

Serviço Nacional de Saúde. (2021). OBJETIVOS, MISSÃO, VALORES, VISÃO. *Serviço Nacional de Saúde*. <https://www.ulsac.min-saude.pt/2021/08/02/missao-objetivos-valores-visao/>

Song, Y., Lafond, C. M., Vincent, C., Kim, M. J., Park, C. G., & McCreary, L. L. (2024). Critical soft skill competencies that clinical nurse educators consider important to evaluate in nurses. *Nursing Open*, 11(10), e70047. <https://doi.org/10.1002/nop2.70047>

Sousa, E. N. dos S., Sousa, P. S. A., Sousa, L. C. de, Silva, I. C. E. C. e, Paixão, W. de C., Oliveira, L. B. de, & Pereira, F. G. F. (2024). Desafios da assistência de enfermagem nos serviços de emergência hospitalar: Revisão integrativa. *Enfermagem Brasil*, 23(4), 1893–1905. <https://doi.org/10.62827/eb.v23i4.4021>

Suamchaiyaphum, K., Jones, A. R., & Markaki, A. (2024). Triage Accuracy of Emergency Nurses: An Evidence-Based Review. *Journal of Emergency Nursing*, 50(1), 44–54. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.10.001>

Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

World Health Organization. (2018). *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1596/978-92-4-151390-6>

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content>

Zainal, N. H., Islam, M. A., Rasudin, N. S., Mamat, Z., Hanis, T. M., Rodzlan Hasani, W. S., & Musa, K. I. (2025). Critical Thinking and Clinical Decision Making Among Registered Nurses

in Clinical Practice: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nursing Reports*, 15(5), 175.
<https://doi.org/10.3390/nursrep15050175>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Resumo da *Scoping Review* “Fatores que Influenciam a Tomada de Decisão do Enfermeiro na Intervenção à Pessoa em Situação Crítica com Trauma”

Fatores que Influenciam a Tomada de Decisão do Enfermeiro na Intervenção à Pessoa em Situação Crítica com Trauma

Resumo

Introdução: A tomada de decisão do enfermeiro em contextos de trauma representa um processo complexo, determinado por múltiplos fatores individuais, organizacionais e contextuais, que influenciam diretamente a qualidade e a segurança dos cuidados. **Objetivo:** Mapear os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro na intervenção à pessoa em situação crítica com trauma. **Metodologia:** *Scoping review* segundo JBI e PRISMA-ScR. Pesquisa realizada entre novembro de 2024 e fevereiro de 2025 em Complementary Index, Supplemental Index, CINAHL Ultimate e MEDLINE Ultimate (EBSCO) e MEDLINE (via BVS). Inclusão: estudos 2020–2025, português/inglês/espanhol, texto integral. Triagem de 21 384 registos; 4 estudos elegíveis. **Resultados:** Foram identificadas três categorias de fatores que influenciam a tomada de decisão: (i) fatores relacionados com o enfermeiro (experiência, formação, competências e julgamento clínico); (ii) fatores relacionados com a pessoa (gravidade das lesões, idade e nível de consciência); e (iii) fatores organizacionais e contextuais (sobrecarga de trabalho, escassez de recursos, dinâmica das equipas e cumprimento de protocolos). A integração multiprofissional, a adesão a protocolos institucionais e a formação contínua associaram-se a decisões mais rápidas, precisas e seguras. **Conclusão:** A tomada de decisão do enfermeiro perante a pessoa em situação crítica com trauma é multifatorial e exige competências técnicas, cognitivas e emocionais, além de condições organizacionais favoráveis. Investir em formação e em protocolos estruturados pode otimizar a resposta em contextos de elevada complexidade.

Palavras-Chave: Enfermagem; Tomada de Decisão; Trauma; Pessoa em Situação Crítica; Segurança do Paciente.

APÊNDICE II – Proposta de *Checklist* da Mala de trauma ambulância SIV



Checklist Mala de Trauma e Pediatria – Ambulância SIV

A	
1	Colar Cervical Adulto S
1	Colar Cervical Adulto M
1	Colar Cervical Adulto L
1	Colar Cervical Stout

B	
1	Colar Cervical Pediátrico p1
1	Colar Cervical Pediátrico p2
2	Colar Cervical Pediátrico p3
1	Colar Cervical Adulto XS

C1	
1	Lençol de Queimado
2	Penso Absorvente

C2	
1	Corta Cintos
1	Tesoura Serrilhada
2	Tomiquete de Membro

C3	
10	Luvas S
10	Luvas M
10	Luvas L

C4	
2	Avental Plástico Descartável
5	Máscara Cirúrgica
3	Máscara FFP2
2	Óculos de Proteção Abertos

C5	
3	Lâmina de Tricotomia
2	Manta Térmica Dupla Face
1	Rolo de Adesivo 2,5cm
1	Rolo de Adesivo 5cm
2	Saco de Risco Biológico

C6	
1	NaCl 0,9% 100mL (irrigação)
1	NaCl 0,9% 500mL (irrigação)
1	NaCl 0,9% 100mL (EV)
1	NaCl 0,9% 500mL (EV)

C7	
2	Compressas Hemostática
4	Compressas 10x10cm (Pacote)
4	Compressas 20x15cm (Pacote)
2	Espumas Gelatina Hemostática
4	Ligadura Elástica 10x10cm
4	Ligadura Elástica 5x5cm
1	Luvas Cirúrgicas 7,5
1	Luvas Cirúrgicas 6,5

1	Luvas Cirúrgicas 7
1	Luvas Cirúrgicas 8
1	Saco de Gelo Químico

C8	
1	Cinto Pélvico

C9	
1	Filtro Pediátrico
1	Insuflador Manual Neonatal
1	Insuflador Manual Pediátrico
1	Máscara Insuflador Manual nº 00
1	Máscara Insuflador Manual nº 0
1	Máscara Insuflador Manual nº 1
1	Máscara Insuflador Manual nº 2
1	Pinça de Maguile Pediátrica
1	Tubo Orofaringeo n. 000
1	Tubo Orofaringeo n. 00
1	Tubo Orofaringeo n. 0
1	Tubo Orofaringeo n. 1
1	Tubo de Oxigénio

C10	
1	Cloridrato de Lidocaina Gel 2%
1	Estetoscópio Pediátrico
1	Fita de Emergência Pediátrica: Broselow
1	Máscara Laríngea nº 1
1	Máscara Laríngea nº 2
1	Máscara O2 Pediátrica c/ Nebulizador Pediátrica
1	Máscara O2 Pediátrica de Alta Concentração
1	Máscara O2 Pediátrica Simples
1	Óculos Nasais Pediátricos
2	Sonda de Aspiração CH 10
2	Sonda de Aspiração CH 6

APÊNDICE III – Resumo referente ao póster “Tomada de Decisão do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica com Trauma”

A TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM TRAUMA

Introdução: O trauma constitui uma das principais causas de morte e incapacidade em adultos jovens, com expressivo impacto social e económico. Em Portugal, a sinistralidade e a mortalidade associadas ao trauma mantêm-se entre as mais elevadas da Europa. O enfermeiro especialista desempenha um papel central na resposta à pessoa em situação crítica (PSC) com trauma, exigindo raciocínio clínico complexo e tomada de decisão rápida e segura em contextos de elevada pressão e imprevisibilidade. Compreender os fatores que influenciam este processo é essencial para promover práticas seguras e a melhoria dos cuidados prestados.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre os fatores individuais, organizacionais e contextuais que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro na assistência à pessoa em situação crítica com trauma, identificando lacunas no conhecimento e implicações para a prática clínica e formação profissional.

Metodologia: Realizou-se uma *Scoping Review* segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e o modelo PRISMA-ScR, tendo por questão de investigação, estruturada pelo método PCC: “*Quais os fatores que determinam a tomada de decisão do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica com trauma?*” A pesquisa decorreu entre novembro de 2024 e fevereiro de 2025, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Complementary Index, Supplemental Index (via EBSCO) e BVS. Incluíram-se estudos publicados entre 2020-2025, em português, inglês e espanhol, com texto integral disponível. Após triagem de 21.384 registos, 70 artigos foram analisados, dos quais 4 cumpriram os critérios de elegibilidade.

Resultados e discussão: Os fatores identificados agruparam-se em quatro dimensões: individuais, organizacionais, contextuais e relacionados com a PSC. A experiência profissional, a formação contínua, o treino em trauma e o cumprimento de protocolos institucionais emergiram como determinantes para decisões mais seguras e assertivas. A comunicação eficaz e o trabalho em equipa multidisciplinar favoreceram a coordenação dos cuidados. Condições estruturais, como superlotação, carga laboral elevada e limitação de recursos, influenciaram negativamente a rapidez e qualidade das decisões. Entre os fatores associados à PSC, destacaram-se o nível de consciência, a gravidade das lesões e o *Glasgow Coma Score* como elementos de priorização na triagem. Globalmente, a literatura evidencia a necessidade de fortalecer a formação contínua, a liderança clínica e a resiliência emocional dos enfermeiros que atuam em trauma, promovendo ambientes organizacionais que sustentem decisões clínicas seguras.

Conclusão: A tomada de decisão do enfermeiro no cuidado à PSC com trauma é um processo multifatorial, condicionado por variáveis individuais, contextuais e organizacionais.

A valorização das competências técnicas e não técnicas, aliada a políticas institucionais que garantam formação, recursos e apoio emocional, constitui um eixo fundamental para a qualidade e segurança dos cuidados em contextos de trauma. Recomenda-se o desenvolvimento de investigações futuras que avaliem o impacto específico de cada fator identificado na prática clínica.

Palavras-chave: Tomada de Decisão; Pessoa em Situação Crítica; Trauma; Enfermagem.

APÊNDICE IV – Resumo da *Scoping Review* “Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência: *scoping review*”



ARTIGO ORIGINAL

Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência: scoping review

Preservation of forensic evidence by emergency department nurses: scoping review

Preservación de evidencias forenses por el enfermero del servicio de urgencias: revisión de alcance

RESUMO

Enquadramento: As taxas de criminalidade em Portugal são uma problemática atual, e o Serviço de Urgência constitui a principal porta de entrada para estas vítimas. Os enfermeiros, sendo, frequentemente, os primeiros profissionais a entrar em contacto com vítimas de crimes, devem deter conhecimentos que lhes permitam identificar as vítimas, prestar cuidados adequados e preservar vestígios com potencial valor probatório, combinando conhecimento da Enfermagem com princípios da investigação criminal.

Objetivo: Mapear as intervenções de Enfermagem associadas à preservação de vestígios forenses em contexto de serviço de urgência.

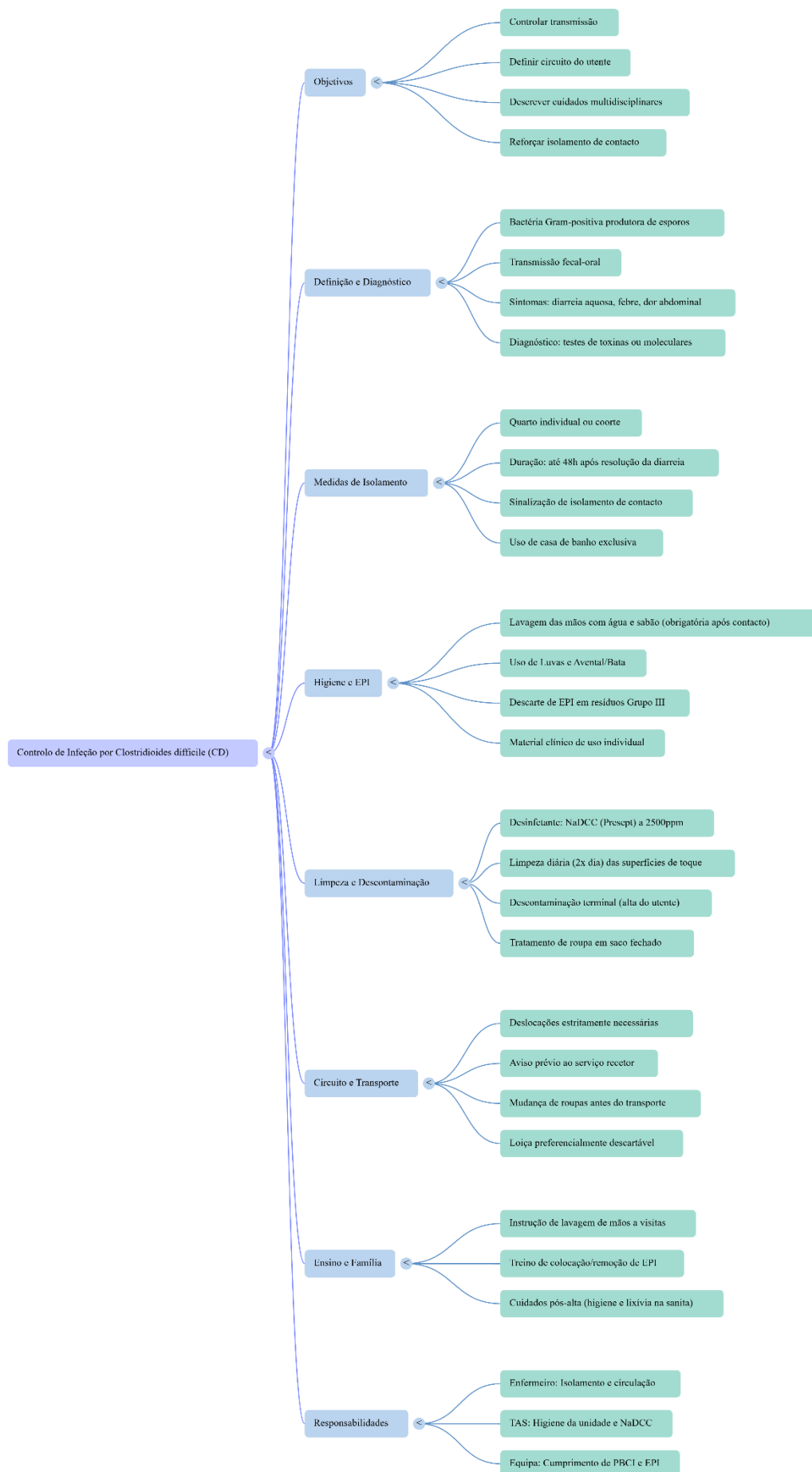
Métodos: Foi realizada uma *scoping review* de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute*, sendo a questão de revisão e os objetivos do estudo definidos com base na estratégia PCC. Seguindo o modelo PRISMA, foram selecionados 9 artigos para posterior análise.

Resultados: As principais categorias de intervenções de Enfermagem associadas à preservação de vestígios forenses em contexto de serviço de urgência incluem a documentação de lesões, a utilização de equipamento de proteção individual para evitar contaminação cruzada, a notificação das autoridades competentes e a preservação de vestígios fundamentais para o sucesso da investigação criminal. Estudos indicam ser essencial capacitar os enfermeiros sobre a cadeia de custódia, a interação com entidades judiciais e o suporte psicológico às vítimas, destacando a necessidade de protocolos de atuação e formação das equipas.

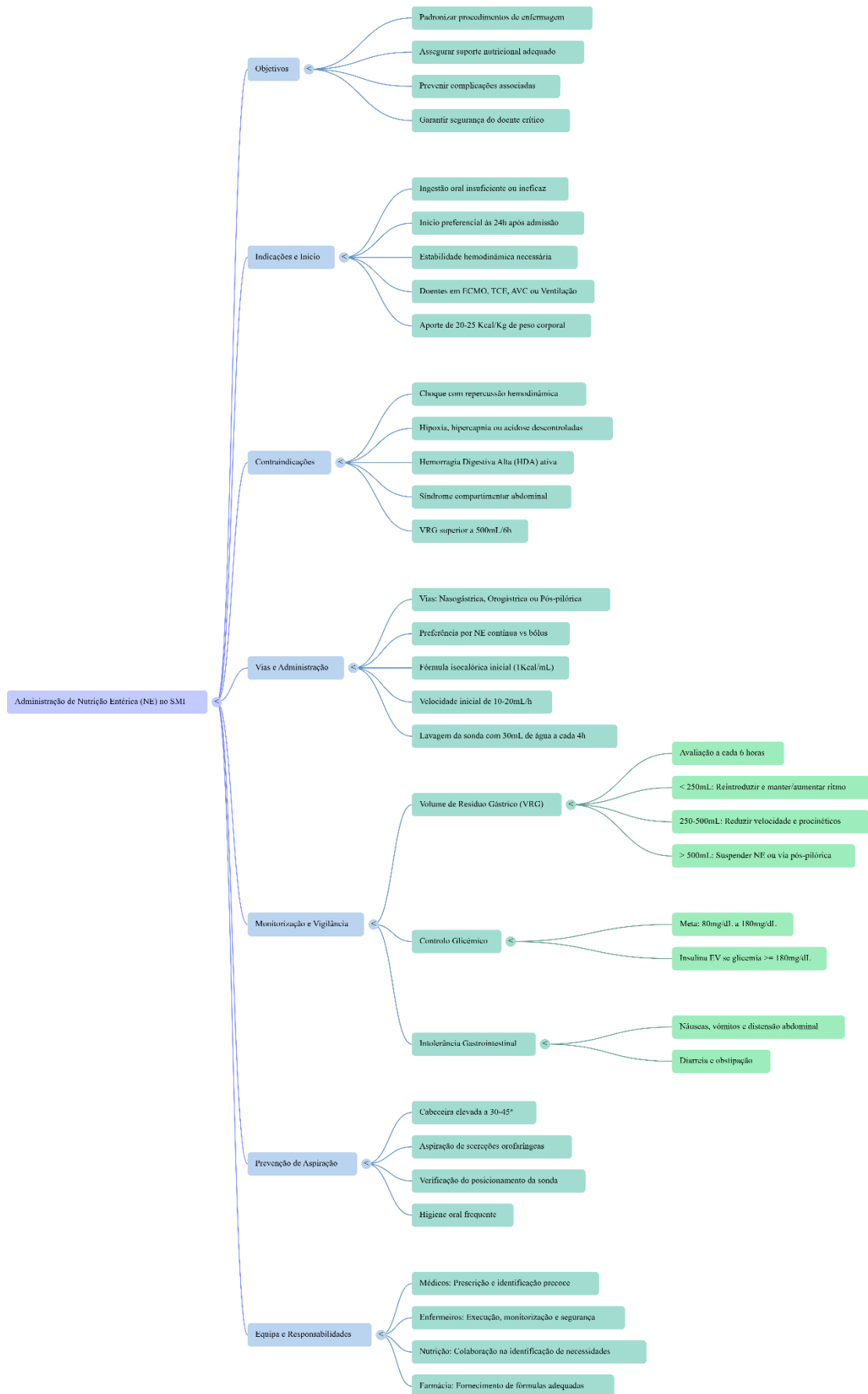
Conclusão: O contributo dos enfermeiros nos processos forenses faz-se desde o acolhimento das vítimas até à chegada dos peritos, carecendo de sensibilidade e conhecimento em garantir os cuidados essenciais, sem comprometer a investigação.

Palavras-chave: Enfermagem forense; Serviço Hospitalar de Emergência; Enfermagem; Vestígios forenses

APÊNDICE V – Fluxograma representativo da elaboração da Instrução de trabalho
“Intervenções de enfermagem no controlo de infeção por *Clostridioides difficile*”



APÊNDICE VI – Fluxograma representativo da elaboração da Instrução de trabalho “Nutrição Entérica no Doente Crítico”



APÊNDICE VII – Plano de sessão da formação “Tomada de decisão do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica com trauma”

PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO CLÍNICO	UCIP	
DESIGNAÇÃO DA AÇÃO	Tomada de decisão do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica com trauma	
DATA	29/01/2026	
DURAÇÃO DA AÇÃO (min)	20	
OBJETIVO GERAL	a) Dar a conhecer à Equipa de Enfermagem os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica com trauma	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	a) Conhecer a importância da tomada de decisão no cuidado ao doente em situação crítica com trauma b) Descrever as fases da pesquisa realizada sobre a temática c) Revelar os resultados da pesquisa d) Relacionar os resultados com a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica com trauma, como promotores de ganho em saúde	
FORMADOR (ES) (Enfermeiros)	Beatriz Isabel Faneca Gonçalves	

AS E	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	MÉT ODO	RECURSOS	AVALIAÇÃ O	FORMADOR	DURA ÇÃO (minutos)
INTRODUÇÃO	a) Apresentação do elemento formador b) Pertinência do tema no SMI c) Contextualização da problemática	→ Apresentação da Temática → Definição tomada de decisão	Exp ositivo	☐ Quadros ☒ Imagem e Fotografia ☒ Texto ☐ Banda Desenhada ☐ Ecrãs (telas) de projeção ☒ Videoprojetor e Data-Show ☐ Vídeo e DVD ☐ Câmara de Filmar ☐ Apresentação PPT	Não Aplicável	Beatriz Isabel Faneca Gonçalves	5
					TÉCNICAS	Escolha um item.	Escolha um item.
					Não Aplicável	Escolha um item.	Escolha um item.
DESENVOLVIMENTO	a) Apresentação das etapas de pesquisa b) Apresentação dos resultados da pesquisa	→ Exposição das etapas de pesquisa → Exposição de resultados	Exp ositivo	☐ Quadros ☒ Imagem e Fotografia ☒ Texto ☐ Banda Desenhada ☐ Ecrãs (telas) ☒ Videoprojetor e Data-Show	Não Aplicável	Beatriz Isabel Faneca Gonçalves	5
					TÉCNICAS		
					Não Aplicável	Escolha um item.	Escolha um item.
						Outro	Escolha um item.

				☐ Vídeo e DVD ☐ Câmara de Filmar ☒ Apresentação PPT			
CONCLUSÃO	a) Discussão dos resultados	→ Exemplo de como a tomada de decisão do enfermeiro especialista influencia a qualidade e segurança dos cuidados prestados	Exp ositivo	☐ Quadros ☒ Imagem e Fotografia ☒ Texto ☐ Ecrãs (telas) ☒ Videoprojetor e Data-Show ☒ Apresentação PPT	Não Aplicável	Beatriz Isabel Faneca Gonçalves	10
	b) Conclusão da temática					Escolha um item.	Escolha um item.
	c) Debate para exposição de vivências da equipa de enfermagem sobre a tomada de decisão	→ Impacto da tomada de decisão no doente crítico			TÉCNICAS	Escolha um item.	Escolha um item.
					Formulação de Questões (orais e/ou escritas)	Escolha um item.	Escolha um item.
						Outro	Escolha um item.

APÊNDICE VIII – Plano de sessão da formação “Apresentação da Instrução de Trabalho
Nutrição Entérica no Doente Crítico”

PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

Elementos	Observações
▪ Objetivos de aprendizagem	▪ Dar a conhecer à Equipa de Enfermagem os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa em situação crítica com trauma
▪ Destinatários	Equipa de enfermagem do SMI
▪ Modalidade de formação	Formação em Serviço
▪ Forma de organização da formação	Formação exclusivamente presencial
▪ Conteúdos programáticos	→ Tomada de decisão do enfermeiro especialista no cuidado ao doente crítico com trauma → Processo de pesquisa de literatura → Exposição dos resultados → Discussão dos resultados referentes aos fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro especialista no cuidado ao doente crítico com trauma → Debate para exposição de experiências e vivências sobre a forma como a tomada de decisão influencia a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente crítico
▪ Carga horária	20 minutos
▪ Metodologias de formação	Método explicativo; demonstrativo e ativo
▪ Critérios e metodologias de avaliação	Esclarecimento de dúvidas em brainstorming Debate entre a equipa sobre a temática
▪ Recursos pedagógicos	Apresentação em modalidade informática (powerpoint), esclarecimento de dúvidas em brainstorming, debate entre a equipa
▪ Espaços e equipamentos	Sala polivalente do SMI Computador Videoprojetor

FASE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	AVALIAÇÃO	FORMADOR	DURAÇÃO (minutos)
INTRODUÇÃO	d) Apresentação do elemento formador	→ Apresentação do dos destinatários da	Expositivo	☐ Quadros ☐ Imagem e Fotografia ☒ Texto ☐ Banda Desenhada ☒ Ecrãs (telas) de projeção ☒ Videoprojetor e Data-Show ☐ Vídeo e DVD ☒ Apresentação PPT	Não Aplicável	Beatriz Isabel Faneca Gonçalves	5
	e) Pertinência do tema no SMI	instrução de trabalho			TÉCNICAS	Escolha um item.	Escolha um item.
	f) Contextualização da problemática	→ Apresentação da temática: indicações, contraindicações e complicações			Não Aplicável	Escolha um item.	Escolha um item.
						Outro	Escolha um item.
DESENVOLVIMENTO	c) Início da nutrição entérica	→ Definições e procedimentos	Expositivo	☐ Quadros ☐ Imagem e Fotografia ☒ Texto ☐ Banda Desenhada ☒ Ecrãs (telas)	Não Aplicável	Beatriz Isabel Faneca Gonçalves	10
	d) Execução da administração de nutrição entérica				TÉCNICAS		
					Não Aplicável	Escolha um item.	Escolha um item.

	e) Monitorização do doente com nutrição entérica f) Vigilância do doente com nutrição entérica g) Registos			☒ Videoprojetor e Data-Show ☐ Vídeo e DVD ☐ Câmara de Filmar ☐ Apresentação PPT		Outro	Escolha um item.
CONCLUSÃO	d) Responsabilidades e conceitos e) Esclarecimento de dúvidas	→ Designação da responsabilidade de cada elemento da equipa do serviço durante o procedimento → Esclarecimento de conceitos teóricos	Exp ositivo	☐ Imagem e Fotografia ☒ Texto ☒ Banda Desenhada ☒ Ecrãs (telas) ☒ Videoprojetor e Data-Show ☒ Apresentação PPT	Não Aplicável	Beatriz Isabel Faneca Gonçalves	5
						Escolha um item.	Escolha um item.
					TÉCNICAS	Escolha um item.	Escolha um item.
					Formulação de Questões (orais e/ou escritas)	Escolha um item.	Escolha um item.

ELEMENTOS DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO

Elementos	Observações
▪ Objetivos de aprendizagem	▪ Dar a conhecer à Equipa de Enfermagem a instrução de trabalho realizada sobre normas e procedimentos de enfermagem padronizados para a administração segura de nutrição entérica no doente crítico internado no Serviço de Medicina Intensiva
▪ Destinatários	Equipa de enfermagem do SMI
▪ Modalidade de formação	Formação em Serviço
▪ Forma de organização da formação	Formação exclusivamente presencial
▪ Conteúdos programáticos	→ Nutrição entérica: indicações, contraindicações e complicações → Início do procedimento de administração de nutrição entérica → Execução, monitorização e vigilância do doente crítico em nutrição entérica → Elaboração dos registos → Responsabilidades atribuídas a cada elemento do Serviço de Medicina Intensiva
▪ Carga horária	20 minutos
▪ Metodologias de formação	Método explicativo; demonstrativo e ativo
▪ Critérios e metodologias de avaliação	Esclarecimento de dúvidas em brainstorming
▪ Recursos pedagógicos	Apresentação em modalidade informática (texto em Word), esclarecimento de dúvidas em brainstorming
▪ Espaços e equipamentos	Sala polivalente do SMI Computador Videoprojetor

ANEXOS

ANEXO I – *Curso Advanced Cardiovascular Life Support*



Certifica-se que **Beatriz Isabel Faneca Gonçalves**, nascido(a) em 25/06/1998, com o número de identificação civil ****7836, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da American Heart Association, que decorreu de 13/03/2025 a 14/03/2025, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 14 de março de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 25102504

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ANEXI II - Curso *Pediatric Advanced Life Support*



Certifica-se que **Beatriz Isabel Faneca Gonçalves**, nascido(a) em 25/06/1998, com o número de identificação civil ****7836, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (PALS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 10/04/2025 a 11/04/2025, com a duração de 16 horas e 2 anos de validade.

Porto Salvo, 11 de abril de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



ANEXO III - *Curso International Trauma Life Support*



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Beatriz Isabel Faneca Gonçalves

**has completed the
Advanced Provider**

date
6/7/2025

course site
Ocean Medical, PORTO SALVO,

course director

course coordinator
Pedro Caldeira RN

license number

license state/province

NREMT-P number



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

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

Continuing Education Hours: 16.00 **Course #:** 24-ITLS-F2-0202 **CEH Type:** Advanced

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

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

Card Holder's Signature

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

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

415785-58796

Beatriz Isabel Faneca Gonçalves

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

Advanced Provider

Card Issue Date 6/7/2025

Expiration Date 06/2028

Course Number 58796

Course Location Ocean Medical,
PORTO SALVO,

ANEXO IV - Curso *Immediate Life Support*



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

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

Beatriz Isabel Faneca GONÇALVES
25/06/1998

Obteve a qualificação de ERC
Immediate Life Support (ILS)
Operacional
No Évora, Portugal

Adelina Madeira PEREIRA
diretor de curso



Data do último curso: 23/11/2024

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-995-277608

ANEXO V - Formação iTEAMS

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação

Certificado de Formação

iTEAMS

Certifica-se que

Beatriz Gonçalves

concluiu com aproveitamento o curso de Formação iTEAMS
com a duração de 1 hora, em 20 de junho de 2025

O Departamento de Formação



Certificado nº, fkgW5LOi1r
Válido até

Mod.INEM 454.1



ANEXO VI - Formação Via Verde Trauma

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação

Certificado de Formação

Via Verde de Trauma

Certifica-se que

Beatriz Gonçalves

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Via Verde Trauma
em 20 de junho de 2025, com a duração de 2 horas.

O Departamento de Formação



Certificado nºDWRMdT17bH
Válido até

Mod.INEM 454.1



ANEXO VII - *Workshop* de Análises Clínicas: “Domina a Interpretação de Análises e Impressiona os Teus Doentes”



ANEXO VIII – Presença no Congresso Internacional do Doente Crítico



ANEXO IX - 1^{as} Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da Unidade Local de Saúde do Algarve, do “Caos à Excelência”

1^{as} JORNADAS DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE

DO CAOS À EXCELÊNCIA 20 A 21 DE NOVEMBRO

MUSEU DE PORTIMÃO
& INSTITUTO PIAGET DE SILVES

Certificate of Best Oral Communication - 1st Place

This Certificate of Best Oral Communication is presented to Vanessa Sofia Marques Pinto for her outstanding presentation *Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência*, presented at I Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da Unidade Local de Saúde do Algarve, held on 11/21/2025 in Museu de Portimão, Portugal.

Author(s): [REDACTED] Gonçalves B.; [REDACTED]




Alexandra Ferreira
(Presidente das Jornadas)


Marco Piedade
(Presidente das Jornadas)

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE

 ABC Meetings

ANEXO X – 1^{as} *International Seminar on Implementation Science and Nursing*

Seminar Main Topics

Implementation Science and Nursing
Keynote speaker - Mariana Bueno, PhD, RN, Assistant Professor-Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Canada

Simulation-Based Learning in Nursing: Exploring the Role of Virtual Reality
Keynote speaker - Dieter Vyt, MSc. N. Teamleader clinical education of the Bachelor program Nursing of Artevelde University of Applied Sciences Ghent, Belgium

Using Community-Based Participatory Research (CBPR) to Assess Barriers to Palliative Care Among Vulnerable Populations
Keynote speaker- Amisha Campos, PhD, RN, MPH, CHPN, Assistant Professor - UConn School of Nursing, USA

Family Surveillance Plan in the Transition to Parenthood: The Role of the Family Nurse
Miliene Pereira; Sofia Medronheira; Edgar Canais

Promotion of communication and relational skills in professionals of a psychiatric service: specialized practice in Mental Health and Psychiatric Nursing
Alice Santos; Carlos Laranjeira

Neonatal stress scale: translation and cultural validation in Portugal
Mónica Costa; Filomena Gaspar; Isabel Costa Malheiro; Alice Curado

Death Literacy Beyond Classroom
Jane Kaju, RN APN MSc, Nursing lecturer in Tallinn Healthcare College (Estonia)

Evacuation of the critically ill person in an emergency/catastrophe situation in an intensive Care Unit
Inês Lopes; Hugo Franco

Use of AI in the Fields of Practice and Knowledge Translation
Keynote speaker - Lucília Nunes, PhD, MSc. N, RN, Coordinating Professor - Department of Nursing, School of Health, Setúbal Polytechnic University, Portugal



SEI-CIM Nursing
1st International Seminar on
Implementation Science and Nursing
8th April 2025

Certificate of Attendance

This is to certify that **Beatriz Gonçalves** has attended the **1st International Seminar on Implementation Science and Nursing**, held online on April 8th, 2025, with a total duration of 6 hours.

Organization: Nursing Department of School of Health of Setúbal Polytechnic University

On behalf of the Scientific Committee

Assinado por: **Hugo Miguel Martins Alves Franco**
Num. de Identificação: 10992739



SAUDE
POLITÉCNICO SETÚBAL
SCHOOL · POLYTECHNIC UNIVERSITY



25
ANOS



SAUDE
POLITÉCNICO SETÚBAL · POLYTECHNIC UNIVERSITY

www.ess.ips.pt

ANEXO XI - Conferência” Silêncios que gritam: desmitificar a(s) violência(s)”



ANEXO XII - Seminário (RE)AGIR: QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE Gestão de Recursos em Emergência e catástrofe



Certifica-se que **Beatriz Isabel Faneca Gonçalves**, nascido(a) em 25/06/1998, com o número de identificação civil ****7836, participou no seminário

// (RE)AGIR:
QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE
GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

que decorreu em 23/01/2026, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 23 de janeiro de 2026

Diretor Pedagógico e dos Serviços de Emergência

Pedro Caldeira



Certificado nº 260701141

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ANEXO XIII - Ação de formação Digital “Prevenção e controlo de Infecção”



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

**PREVENÇÃO E
CONTROLO DE INFEÇÃO**
EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS

Beatriz Gonçalves

assistiu a esta *Ação de Formação Digital de 2h*, sobre técnicas e boas práticas para a prevenção e controlo de infeção em Estruturas Residenciais para Idosos.

Ação realizada a sexta-feira, 20 de junho de 2025 às 14:00

Uma iniciativa do Instituto Nacional de Emergência Médica e da Segurança Social.