

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

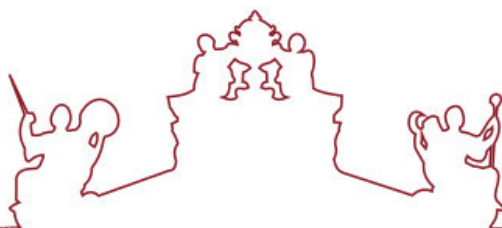
Relatório de Estágio

Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista: Notificação de eventos adversos nos cuidados ao doente crítico

Vanessa Sofia Marques Pinto

Orientador(es) | Maria Alice Gois Ruivo

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

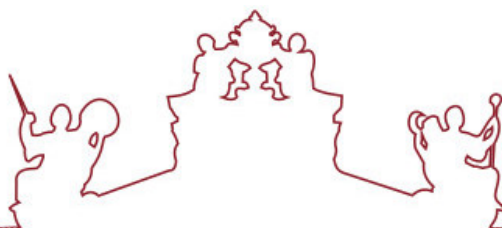
Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista: Notificação de eventos adversos nos cuidados ao doente crítico

Vanessa Sofia Marques Pinto

Orientador(es) | Maria Alice Gois Ruivo

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 | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Maria José Martins Catalão (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde)

AGRADECIMENTOS

Este percurso foi muito mais do que um esforço individual; é a expressão concreta do apoio, da confiança e do cuidado de muitos que aqui comigo chegam.

À **Professora Doutora Maria Alice Ruivo**, minha orientadora, deixo o meu mais sentido agradecimento pela confiança, pela forma como me desafiou a ir mais longe e pela presença tranquila nos momentos em que tudo parecia mais difícil. A sua disponibilidade, orientação e apoio foram essenciais para que este percurso ganhasse forma e sentido.

Às **Enfermeiras Especialistas Orientadoras**, expresso o meu profundo agradecimento, pela forma como me acolheram e acompanharam ao longo do estágio, pela disponibilidade, apoio e partilha. Fizeram-me sentir parte integrante da equipa desde o início, tornando este percurso mais leve, confiante e verdadeiramente gratificante.

À **minha turma de mestrado**, agradeço o caminho partilhado e a entreaajuda nos momentos de maior pressão. De forma especial, agradeço aos **colegas que se tornaram amigos**, com quem, entre jantares à quinta-feira e quilómetros de viagem, partilhei dúvidas, risos e desabafos. Laços de amizade construídos ao longo deste caminho, que levo comigo para além deste percurso.

Ao **meu marido**, agradeço por ser porto seguro em todos os momentos: pela paciência nas ausências, pelo ombro nos dias de cansaço e por nunca duvidar de que eu seria capaz de concluir este percurso. Às **minhas filhas**, agradeço o amor genuíno, os abraços à chegada a casa, mesmo nos momentos de maior ausência. Que este caminho também lhes sirva de inspiração para que acreditem em si próprias e enfrentem as dificuldades com confiança e determinação.

À **restante família**, agradeço profundamente todo o apoio ao longo deste percurso, pela presença constante, pela compreensão nos momentos mais exigentes e pelo incentivo ao longo de todo o caminho. Por tudo o que fizeram para tornar possível a conclusão deste percurso e por nunca deixarem de acreditar em mim. O vosso apoio foi essencial para que conseguisse chegar até aqui. Aos **meus amigos**, agradeço a compreensão nos momentos de maior ausência, a amizade e o apoio constantes.

Por fim, agradecer a **mim** por não ter desistido, mesmo nos momentos mais difíceis, e por ter mantido a determinação até ao fim.

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo a aquisição e o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista, bem como as de Mestre. Neste percurso formativo, foram realizados três estágios clínicos em ambientes de cuidados à pessoa em situação crítica.

A metodologia adotada parte de um projeto formativo e desenvolve-se através de uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas e a realização de uma *Scoping Review*, sobre a temática da notificação de eventos adversos. O Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência de June Larrabee constituiu o referencial teórico orientador.

A segurança do doente constitui um pilar fundamental da qualidade em saúde, assumindo especial relevância na pessoa em situação crítica. A ocorrência de eventos adversos representa um desafio significativo, sendo a notificação uma estratégia de melhoria contínua.

Este percurso permitiu consolidar uma prática fundamentada, crítica e reflexiva, evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista na promoção de cuidados de qualidade e seguros.

Palavra-chave: Enfermagem médico-cirúrgica; Competências; Notificação; Eventos adversos; Doente crítico

ABSTRACT

Development of Specialist Nurse Competencies: Reporting of Adverse Events in the Care of Critical Ill Patients

This report aims to support the acquisition and development of competencies of the Specialist Nurse, as well as those of a Master's degree holder. Throughout this educational pathway, three clinical placements were undertaken in care settings focused on critically ill patients.

The methodology adopted is based on a formative project and is developed through a critical-reflective analysis of lived experiences, along with the conduction of a Scoping Review on the topic of adverse event reporting. The June Larrabee Evidence-Based Practice Change Model served as the guiding theoretical framework.

Patient safety is a fundamental pillar of healthcare quality, assuming particular relevance in the care of critically ill patients. The occurrence of adverse events represents a significant challenge, with reporting being a strategy for continuous improvement.

This pathway enabled the consolidation of a grounded, critical, and reflective practice, highlighting the role of the Specialist Nurse in promoting safe, high-quality care.

Keywords: Medical-surgical nursing; Competencies; Reporting; Adverse events; Critically ill patient

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE - *Airway Breathing Circulation Disability Exposure*

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

APA - *American Psychological Association*

AR - Assembleia da República

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CPOT - *Critical-Care Pain Observation Tool*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde

EPC - *Enterobacteriales* produtores de carbapenemases

GPT – Grupo Português de Triagem

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nursing*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM - *Institute of Medicine*

ISBAR - Identificação, Situação, *Background*, Avaliação, Recomendação

ISMP - *Institute for Safe Medication Practices*

ITLS - *International Trauma Life Support*

IV – Intravenoso

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LASA – *Look-alike Sound-alike*

MAM – Medicamentos de Alerta Máximo

MAV – Medicamentos de Alta Vigilância

MMPBE - Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

MS – Ministério da Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCR – Paragem Cardio-respiratória

PDCA – Plan, Do, Check, Act

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Anti microbianos

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OT – Obstinação Terapêutica

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SCCM – *Society of Critical Care Medicine*

ScR – *Scoping Review*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPICI - Síndrome Pós-Cuidados Intensivos

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System*

TM – Triagem de *Manchester*

UC – Unidade Curricular

UH – Unidade de Hemodinâmica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UL-PPCIRA – Unidade Local-Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência

VV – Via verde

WHO- *World Health Organization*

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	16
1.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA DE JUNE LARRABEE.....	17
1.2. METAPARADIGMA DA ENFERMAGEM	21
1.3. QUALIDADE EM SAÚDE E CULTURA DE SEGURANÇA DOS CUIDADOS	23
1.3.1. Notificação de eventos adversos no cuidado ao doente crítico	27
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	33
2.1 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – A.....	34
2.1.1. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e Unidade de Hemodinâmica do Serviço de Cardiologia	35
2.1.2 Serviço de Urgência Polivalente	38
2.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – B.....	42
2.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	43
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	47
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE.....	50
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE.....	76
4. CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
APÊNDICES.....	126

APÊNDICE A - PROPOSTA DE INSTRUÇÃO DE TRABALHO “IDENTIFICAÇÃO DE MEDICAÇÃO IV EM PERFUSÃO”	127
APÊNDICE B - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NA UCIP SOBRE “IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO INTRAVENOSO COMO ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA NO DOENTE CRÍTICO”	131
APÊNDICE C - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SUP SOBRE “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E O SEU CONTRIBUTO NA SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO”	133
APÊNDICE D - POSTER APRESENTADO NAS 1AS JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM ULS ALENTEJO CENTRAL CAMINHOS CONVERGENTES: ENFERMAGEM E A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS, SOBRE “CONTRIBUTOS DA TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM NO DOENTE HOSPITALIZADO – SCOPING REVIEW”	135
APÊNDICE E - POSTER APRESENTADO NO CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO 2025, SOBRE “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E O SEU CONTRIBUTO NA SEGURANÇA DO DOENTE INTERNADO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS”	137
APÊNDICE F - SUMÁRIO DA COMUNICAÇÃO LIVRE APRESENTADA NAS 1AS JORNADAS DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA ULS ALGARVE SOBRE “PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW”	139
APÊNDICE G - RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO “PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW” A AGUARDAR PUBLICAÇÃO NA REVISTA DA SPEDC	141
APÊNDICE H - RESUMO E DOI DO ARTIGO CIENTÍFICO “CONTRIBUTOS DA TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM NO DOENTE HOSPITALIZADO – SCOPING REVIEW” PUBLICADO NA REVISTA RIASE.....	143
APÊNDICE I - PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SUP SOBRE “PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW”	146

ANEXOS	148
ANEXO I - CERTIFICADO DE DISTINÇÃO DE MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL NAS 1AS JORNADAS DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA ULS ALGARVE	149
ANEXO II - CERTIFICADO DO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA.....	151
ANEXO III - CERTIFICADO DO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO	153
ANEXO IV - CERTIFICADO DO CURSO DE <i>INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT</i>	155

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular [UC]: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [PSC] com Relatório, lecionada no XIX Curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC], da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Saúde João de Deus, da Universidade de Évora. A sua construção traduz um processo pessoal de análise crítico reflexiva e integração progressiva das competências comuns do Enfermeiro Especialista [EE] e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica [EEEMCPSC], sustentado no enquadramento legal e normativo da Ordem dos Enfermeiros [OE] (Decreto-Lei n.º 65/2018; Regulamentos n.º 429/2018 e n.º 140/2019), bem como nas competências conducentes ao grau de mestre.

No decorrer do percurso formativo, foram realizados três estágios clínicos em ambientes de cuidados à PSC, reconhecidos como contextos de elevada complexidade e dinâmicos, que permitiram aliar à componente prática o conhecimento teórico, promovendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências. O Estágio em Enfermagem à PSC, decorreu no serviço de Cardiologia, mais concretamente na Unidade de Hemodinâmica [UH] e na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários [UCIC]. O intitulado Estágio em Enfermagem à PSC com Relatório, foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] e no Serviço de Urgência Polivalente [SUP]. De forma complementar, foram ainda desenvolvidos estágios de observação em contextos relevantes, nomeadamente na Unidade Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos [UL-PPCIRA], bem como, no contexto do tema em análise nos Gabinetes de Gestão de Risco das duas Unidades Locais de Saúde [ULS].

O enquadramento teórico-concetual deste relatório é suportado pelo Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência [MMPBE] de June H. Larrabee e pelo metaparadigma da Enfermagem, os quais serviram de matriz orientadora para o desenvolvimento das competências na prática clínica. Estes referenciais teóricos permitiram estruturar uma análise crítica e sistemática da prática, sustentada na evidência científica mais

recente e articulada com uma reflexão aprofundada sobre os contextos de cuidados e as oportunidades de melhoria, com vista à qualidade dos cuidados.

Considerando os interesses pessoais e profissionais surgiu o tema “notificação de eventos adversos nos cuidados ao doente crítico”. A pertinência do tema escolhido, recai sobre o facto de a segurança do doente ser um princípio fundamental dos cuidados de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS], os erros em saúde representam cerca de 15% do total de despesas e atividades hospitalares nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], sendo que, os intervenientes nos cuidados de saúde devem centrar a sua ação na minimização do risco e da ocorrência de danos evitáveis, para um limiar mínimo aceitável (World Health Organization [WHO], 2021b).

Na impossibilidade de erradicar o risco inerente aos cuidados de saúde, é importante desenvolver estratégias que permitam a redução da sua ocorrência. Deste modo, a OMS destaca que a notificação de incidentes de segurança dos doentes, é um instrumento de total transparência com o intuito de estimular a aprendizagem das equipas multidisciplinares na prevenção de eventos adversos (WHO, 2021b). No contexto nacional, a Direção-Geral de Saúde [DGS] assume a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, como o quarto pilar do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2021-2026, apostando no aumento da cultura de segurança e transparência na notificação de incidentes de segurança do doente (DGS, 2022). As unidades e serviços, que centram a sua prestação de cuidados na resposta às necessidades específicas da PSC, enfrentam situações de alta complexidade e vulnerabilidade, pelo que, a propensão ao erro pode ser maior.

O suporte teórico do tema desenvolvido no presente relatório fundamenta-se na evidência científica, destacando-se a realização de uma *Scoping Review* [ScR] que permitiu mapear a evidência existente sobre a problemática em análise.

A intervenção do EE revela-se fundamental na resposta às necessidades da PSC. A sua prática caracteriza-se pela integração de conhecimentos avançados, pensamento crítico e capacidade de decisão, permitindo antecipar complicações, adequar intervenções e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Assembleia da República [AR], 2018; OE, 2018 & OE, 2019a). Neste sentido, o EE constitui um elemento diferenciador na organização e na melhoria da qualidade dos cuidados.

A supervisão e a orientação pedagógica deste percurso, foi realizada pela Professora Doutora Alice Ruivo, cuja dedicação e acompanhamento contínuo se revelaram determinantes para a criação de um ambiente promotor do desenvolvimento do pensamento crítico e científico.

No contexto de prática clínica, a orientação foi complementada pelo apoio, dedicação e partilha do conhecimento diferenciador dos EE em EMC-PSC.

Face ao exposto, este relatório tem como objetivo geral descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC, bem como das competências de Mestre. Foram delineados como objetivos específicos: efetuar a caracterização dos contextos de estágio; explicar o modelo de June Larrabee; analisar o contributo da notificação de eventos adversos na promoção da segurança da PSC; realizar uma análise crítico-reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC e das competências de mestre; evidenciar o papel do EE na garantia da qualidade e segurança dos cuidados.

O presente documento encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo é abordado o enquadramento teórico concetual, englobando desde a problemática da qualidade em saúde e a cultura de segurança dos cuidados, à temática escolhida para tema do relatório: a notificação de eventos adversos nos cuidados ao doente crítico. Num segundo momento, é realizada a caracterização dos contextos clínicos onde se realizaram os estágios, desde os aspetos legislativos e organizacionais, bem como, a gestão dos recursos e dos cuidados. Posteriormente, o terceiro capítulo será constituído pela análise, crítica e fundamentada, do processo de aquisição e desenvolvimento das competências ao longo da aprendizagem, interligando os conhecimentos e as experiências vividas. Por último, serão enunciadas as considerações finais, destacando os aspetos mais significativos deste percurso. No final do documento, poderão ser consultadas as referências, os apêndices e anexos, mencionados ao longo do corpo de texto, que consistem nos trabalhos e ações formativas desenvolvidas relevantes a este percurso formativo e profissional.

O documento foi elaborado de acordo com as normas orientadoras da instituição, incluindo as regras de referência bibliográfica da 7ª edição da *American Psychological Association* [APA] (APA, 2020) e as normas do novo acordo ortográfico.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O enquadramento teórico-concetual, é a base para a realização de trabalhos no âmbito académico e científico. Esta etapa permite interligar a análise de teorias e conceitos que dão suporte ao desenvolvimento do estudo, com uma estrutura lógica e fundamentada, sendo, segundo Vilelas (2017), um instrumento através do qual o pensamento do investigador se torna explícito, permitindo clarificar o fenómeno em análise e fundamentar a metodologia escolhida. Os modelos conceptuais de Enfermagem objetivam identificar conceitos e descrever as suas relações com os fenómenos de interesse para a disciplina (Tomey & Alligood, 2018). Numa teoria, os conceitos são definidos de forma mais específica e as proposições mais focadas (Peterson, 2013), contribuem para explicar e orientar a ação (Tomey & Alligood, 2018).

A Enfermagem tem o seu conhecimento sustentado em teorias e métodos científicos, fomentando uma prática de qualidade assente no pensamento crítico, aspeto este, essencial ao desenvolvimento da profissão (Nunes, 2018). À semelhança de outras disciplinas, também a Enfermagem, foi moldada pelas diferentes correntes de pensamento que marcaram a história da humanidade (Rocha & Martins, 2024). No sentido de atribuir robustez à Enfermagem, as teorias assumem-se como o principal instrumento de construção e consolidação do corpo de conhecimento da disciplina (Rocha & Martins, 2024). Este entendimento, suportado por Meleis (2012), afirma que as teorias sustentam a Enfermagem, através da compreensão dos fenómenos associados à saúde, doença e cuidado, orientando o enfermeiro desde a tomada de decisão, ao processo de organização dos cuidados e, por último, à avaliação dos resultados.

Esta perspetiva reforça a importância do papel do EE em EMC-PSC, cuja intervenção decorre de contextos de elevada complexidade e instabilidade clínica, fundamentando a sua prática altamente qualificada, em referenciais teóricos e científicos que promovem uma atuação segura, eficaz e centrada na pessoa (OE, 2015a; OE, 2018).

Face à temática deste relatório e no sentido de nortear o desenvolvimento das competências, importa, através deste capítulo, definir conceitos basilares da prática clínica inerentes a este processo e evidenciar todo o trabalho desenvolvido fundamentado em teorias e conceitos. Esta trajetória, inicia-se com a contextualização do MMPBE de June H. Larrabee,

que, paralelamente à finalidade da notificação de eventos, visa a procura pela melhoria contínua, através da avaliação da necessidade de mudança e da implementação de estratégias fundamentadas na evidência científica. Considerando que este modelo se insere numa teoria de médio alcance, de carácter mais delimitado, alicerçada num conjunto de ideias inter-relacionadas e centradas numa dimensão específica do fenómeno, envolvendo um número limitado de variáveis e conceitos e interligando a investigação e a prática (Meleis, 2012; Peterson, 2013), importa, mencionar os conceitos metaparadigmáticos da OE por forma a conferir significado aos cuidados especializados de Enfermagem centrados na pessoa, enquanto ser holístico, a família e a comunidade.

Fundamentar a prática de Enfermagem num referencial teórico constitui um passo essencial para garantir cuidados individualizados, que respondam às necessidades específicas da pessoa, da família ou da comunidade (Sampaio et al., 2021). Assim, a integração das teorias de Enfermagem na prática profissional revela-se essencial para assegurar intervenções fundamentadas e eficazes, sendo este facto particularmente significativo no contexto da PSC e na diferenciação dos cuidados de Enfermagem especializados (OE, 2015a).

Seguidamente, desenvolve-se o enquadramento concetual da qualidade em saúde e da segurança dos cuidados e por fim, abordaremos a temática aprofundada através de uma ScR, notificação de eventos adversos nos cuidados à PSC.

1.1.MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA DE JUNE LARRABEE

A Enfermagem apresenta um corpo próprio de conhecimento, que suporta o seu cariz de disciplina e ciência (Meleis, 2012) em teorias e modelos concetuais, aspeto este, de relevante destaque quando estamos perante a prática de Enfermagem especializada.

Em 1999, Rosswurm e Larrabee, reconhecendo os avanços da ciência e da tecnologia e a, conseqüente, necessidade de intensificar a investigação, identificaram dificuldades por parte dos profissionais de saúde em traduzir a evidência científica em prática, prevalecendo ainda a evidência empírica e contextual. Face a este cenário, defenderam uma rutura com o paradigma tradicional de prática, centrado na intuição, na experiência e na opinião, e conceberam um modelo em que o pensamento crítico, articulado com a investigação e a sua validação, constitui o alicerce da transição para o paradigma da Prática Baseada na Evidência [PBE] (Rosswurm & Larrabee, 1999). Este modelo foi posteriormente revisto por Larrabee, passando a designar-se

MMPBE, e deu origem ao livro *Nurse to Nurse – Evidence Based Practice*, publicado em várias edições.

A PBE, refere-se à integração da melhor evidência científica, resultante de pesquisa organizada, sistemática e sistematizada, complementarmente à experiência, ao raciocínio clínico, aos valores e às preferências da pessoa, culminando na tomada de decisão fundamentada (Larrabee, 2011; Pearson et al., 2005). Este modelo tem os seus alicerces na utilização da investigação e pesquisa, e nos aspetos teóricos e empíricos inerentes ao processo de mudança para uma PBE, integrando a qualidade dos cuidados de Enfermagem e a necessidade de melhoria contínua (Larrabee, 2011).

O MMPBE surge, numa fase inicial, com o objetivo de orientar os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, na transição de uma prática de predomínio intuitivo e tradicional para um modelo de cuidados sustentado na evidência científica e orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Larrabee, 2011). É um modelo dinâmico e flexível na sua aplicação, e estruturado em seis etapas, sendo que estas etapas não têm de ser percorridas de forma sequencial rígida, podendo ter de se regressar a etapas anteriores, já que “as atividades de cada etapa podem gerar atividades de outra etapa” (Larrabee, 2011, p.37). Com o intuito de alcançar o sucesso, estas etapas são constituídas por várias atividades (Larrabee, 2011):

Etapas 1 - avaliação da necessidade de mudança da prática – Esta etapa foca-se na apreciação da necessidade de mudar a prática clínica, recorrendo à recolha de dados internos sobre os cuidados atualmente prestados e à sua confrontação com informação externa. Inclui, ainda, o envolvimento dos *stakeholders* relevantes na clarificação do problema e na determinação da pertinência da mudança. Deste modo, torna-se possível delimitar de forma precisa a situação-problema, estabelecer a relação entre o problema, as intervenções possíveis e os resultados pretendidos, sustentando a tomada de decisão em evidência científica.

Etapas 2 - a localização das melhores evidências - Nesta etapa, realiza-se uma pesquisa sistemática e rigorosa das evidências científicas atuais e pertinentes relativas ao tema em estudo. Envolve a definição de estratégias de pesquisa eficazes em bases de dados científicas, a seleção de fontes credíveis e a identificação de estudos relevantes que sustentem a definição de intervenções adequadas.

Etapas 3 - a análise crítica das evidências - Após a recolha, as evidências são alvo de análise crítica que integra a análise da qualidade metodológica, do nível de evidência e da sua pertinência para o contexto clínico. Esta avaliação possibilita a ponderação dos riscos e

benefícios das intervenções consideradas, garantindo que a mudança planeada assenta em conhecimento científico robusto.

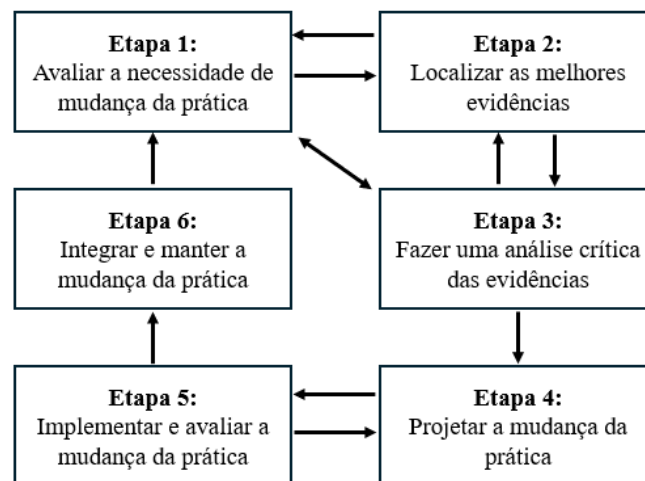
Etapa 4 - o planeamento da mudança na prática - A partir da evidência selecionada, clarifica-se a alteração pretendida e concebe-se um plano de ação organizado. Nesta fase, especificam-se as estratégias a adotar, identificam-se os recursos indispensáveis e estabelecem-se os procedimentos de monitorização dos resultados, antes de se avançar para uma eventual implementação em âmbito mais alargado.

Etapa 5 - a implementação e avaliação da mudança - A intervenção é implementada no contexto clínico, quer em formato piloto quer em aplicação mais alargada, sendo acompanhada por monitorização contínua e sistemática. Procede-se à recolha de dados sobre os efeitos clínicos, o impacto económico e as perceções da equipa e da pessoa cuidada, o que permite avaliar a eficácia da mudança, reconhecer constrangimentos e introduzir os ajustes necessários.

Etapa 6 - a integração e manutenção da mudança - Uma vez comprovada a eficácia da intervenção, esta deve ser formalmente incorporada na prática clínica e nos protocolos da instituição. A divulgação dos resultados aos intervenientes, a consolidação das novas rotinas e a monitorização contínua de indicadores contribuem para assegurar a manutenção e a sustentabilidade das melhorias obtidas.

Como referido, anteriormente, Larrabee (2011) ressalva que o processo é dinâmico e interativo, permitindo que as etapas se possam sobrepor ou sofrerem revisões conforme o surgimento de novos dados. Garantir uma abordagem rigorosa e metódica na introdução de mudanças, evitando imprevistos e assegurando que cada decisão esteja suportada pela melhor evidência científica disponível, deve ser a prioridade. Para melhor perceção da relação entre as etapas apresentamo-las na Figura 1.

Figura 1.
Modelo para a Mudança para a Prática Baseada na Evidência



Fonte: Adaptado de Larrabee 2011

Ao longo do tempo, o MMPBE tem servido de guia para processos de mudança ancorados na evidência, desde a implementação de novos protocolos, à revisão de procedimentos de Enfermagem ou à reconfiguração de estratégias orientadas para a melhoria de indicadores de qualidade. O caráter adaptável do modelo reforça a sua utilidade como ferramenta operativa para a transformação da prática clínica. A sua versão atual, ao integrar explicitamente princípios de qualidade em saúde, aproxima-se das abordagens de melhoria contínua, articulando conceitos de qualidade dos cuidados, resultados e segurança da pessoa, e potenciando que as mudanças fundamentadas em evidência se traduzam em ganhos efetivos nos cuidados prestados (Larrabee, 2011). Assim, o modelo adquire especial significado quando transposto para situações concretas de prática, como o contexto da PSC.

Nos últimos anos, a literatura tem vindo a salientar que os EE desempenham um papel central na promoção e implementação da PBE, assumindo funções de liderança na identificação de questões clínicas, na síntese e transferência do conhecimento científico, na harmonização de práticas e na monitorização do impacto das intervenções nos resultados em saúde (Dresser et al., 2025). Neste âmbito, destacam que uma das funções nucleares dos EE consiste em “*bridging the gap*” entre investigação e prática, liderando projetos de PBE, iniciativas de melhoria da qualidade e processos de mudança organizacional que asseguram a efetiva incorporação da evidência científica na prática clínica quotidiana (Dresser et al., 2025).

Em Portugal, o Regulamento das Competências Comuns do EE, define este profissional como detentor de competências diferenciadoras na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Entre estas, sobressai a competência de ‘basear a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica’, que implica

a responsabilidade de alicerçar a decisão clínica em conhecimento válido, atual e pertinente, bem como, atuar como facilitador nos processos de aprendizagem e de se envolver ativamente na investigação (OE, 2019a). Neste enquadramento, o EE em EMC-PSC, encontra no MMPBE um referencial estruturante para a prestação de cuidados seguros, de qualidade e cientificamente alicerçados, assumindo-se como um profissional capacitado para liderar programas de formação, de assessoria e de investigação (OE, 2019a).

Consideramos que se torna pertinente destacar o paralelismo existente entre o MMPBE de June Larrabee e o tema central deste projeto, cujo foco incide no contributo da notificação de eventos adversos na segurança da PSC. A segurança da pessoa é um dos pilares estruturais da qualidade dos cuidados de saúde, reconhecendo a importância de processos de melhoria contínua de cuidados inerentes à identificação, análise e prevenção de eventos adversos. Para tal, foi realizada uma pesquisa de evidência científica com rigor, através da realização de uma ScR, com o objetivo de mapear a evidência existente sobre o contributo da notificação de eventos adversos nos cuidados ao doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos [UCI]. Posteriormente, foi realizada uma análise crítica das evidências recolhidas e com base na sua síntese, delinearam-se propostas de melhoria aplicáveis aos contextos práticos no que diz respeito aos métodos de notificação, à identificação de barreiras, à promoção de estratégias facilitadoras e à identificação de potenciais eventos adversos. Associado a isto, existiu uma procura pelo entendimento do trabalho desenvolvido pelos gabinetes de gestão de risco das ULS em questão. No que diz respeito, às últimas duas etapas do modelo, 5 e 6, são assumidas como fases futuras, uma vez que o projeto é desenvolvido com foco no diagnóstico da situação e a fundamentação para a necessidade de mudança.

1.2.METAPARADIGMA DA ENFERMAGEM

O metaparadigma corresponde ao nível mais abstrato e geral do conhecimento de uma disciplina (Rocha & Martins, 2024). Segundo Peterson (2013), trata-se de um conjunto de conceitos globais, de natureza filosoficamente neutra e estável. Para Fawcett (1996), o metaparadigma integra os conceitos nucleares próprios de cada disciplina.

Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, mencionou pela primeira vez os conceitos contidos no metaparadigma, ao destacar a relevância do ambiente, mas é em 1984 que Fawcett formaliza o metaparadigma de Enfermagem (Rocha & Martins, 2024). Este é composto pelos quatro conceitos principais que fundamentam os cuidados de Enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e Enfermagem/cuidados (McEwen & Willis, 2014). Estes conceitos

não se apresentam como estáticos, evoluem de acordo com a influência política, social, cultural e económica (Rocha & Martins 2024).

No âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, a OE (2001) integra, no seu enquadramento conceptual, estes conceitos enquanto pilares fundamentais da disciplina de Enfermagem. Em 2017, com a criação dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem especializados, nomeadamente, na EMC-PSC, a OE assume estes quatro conceitos como implícitos e indissociáveis das competências do EE (OE, 2017).

A Pessoa, neste caso, em situação crítica, é um ser holístico, constituído por múltiplas dimensões, com direito à dignidade e autodeterminação (OE, 2001), considerada o centro do cuidado. Este conceito abrange a pessoa cuidada, a família e a comunidade, reconhecendo as suas dimensões, psicológicas, biológicas, sociais e espirituais (OE, 2017). Face a este enquadramento, e atendendo à centralidade da dimensão holística da PSC, a partir deste ponto optar-se-á pela utilização do termo “pessoa” para designar o destinatário dos cuidados de Enfermagem, em detrimento de outras denominações, e de PSC na especificidade desta especialidade.

A saúde pode ser entendida como um processo dinâmico e subjetivo que integra bem-estar e doença, definido em função da perceção que a pessoa desenvolve ao longo da vida e da sua capacidade de alcançar equilíbrio e integridade funcional. Nessa perspetiva, a saúde traduz-se na condição e estado mental do indivíduo, incorporando sofrimento e bem-estar físico, emocional e espiritual, não se restringindo à ausência de doença, mas antes ao grau de bem ou mal-estar experienciado e à harmonia entre a pessoa e o seu ambiente (OE, 2017).

Por sua vez, o Ambiente engloba os múltiplos contextos onde a pessoa está inserida e que são passíveis de influenciar a sua saúde, considerando tanto o meio interno, sejam eles processos internos, estados físicos e emocionais do indivíduo, como o meio externo, onde estão inseridas as famílias e comunidades, e as suas condições socioeconómicas, culturais e os aspetos ambientais (OE, 2017).

Os Cuidados de Enfermagem promovidos no âmbito do exercício profissional de Enfermagem, incorpora a parceria enfermeiro-pessoa, com base no respeito pela sua multiculturalidade e valores, e na responsabilidade ético-legal (OE, 2017). Por sua vez, os enfermeiros devem focar a sua intervenção na complexidade da inter-dependência entre Pessoa e Ambiente.

Apesar de o metaparadigma ter sido inicialmente definido a partir dos quatro conceitos propostos por Fawcett e, posteriormente, desenvolvido para orientar o progresso teórico da Enfermagem, atualmente têm vindo a ser explorados outros conceitos considerados relevantes

para nele serem integrados, refletindo a complexidade da disciplina e o que ela efetivamente engloba na prática diária. Assim, Fawcett (2024) sugere a introdução do conceito Cultura e a reformulação dos anteriores conceitos, ao mesmo tempo, outros autores defendem o reconhecimento da Tecnologia, como um domínio próprio, de modo a assegurar cuidados centrados na pessoa numa realidade em que os dispositivos tecnológicos estão profundamente integrados na vida quotidiana (Johnson & Carrington, 2022). Esta proposta visa desafiar os enfermeiros a refletirem sobre o impacto da tecnologia nos cuidados e no seu próprio desenvolvimento profissional, posicionando-os como agentes ativos na inovação e no desenvolvimento tecnológico e reforçando o seu papel histórico de advocacia da pessoa alvo de cuidados (Johnson & Carrington, 2022).

No âmbito da EMC-PSC, os conceitos adquirem uma configuração própria, destacando-se o de Pessoa que, neste relatório, será referido como PSC, tratando-se de alguém “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362).

Passamos agora a apresentar a temática da qualidade em saúde e a cultura de segurança nos cuidados.

1.3. QUALIDADE EM SAÚDE E CULTURA DE SEGURANÇA DOS CUIDADOS

Exigem-se, atualmente, níveis de cuidados de saúde progressivamente mais elevados, tendo como finalidade, a consecução da sua excelência (Vilela et al., 2024), pelo que, é emergente conhecer e compreender as práticas clínicas para que estas possam ser melhoradas, atualizadas e atinjam o seu propósito, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Rankin, 2009).

A definição de qualidade dos cuidados utilizada pela OMS é baseada na proposta do *Institute of Medicine* [IOM], que a descreve como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de alcançar resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional fundamentado na melhor evidência disponível (OMS, 2020). A publicação do relatório “*Crossing the Quality Chasm*”, do IOM (2001), marcou a afirmação de seis dimensões centrais da qualidade em saúde: efetiva, eficiente, acessível, centrada na pessoa, equitativa e segura. Posteriormente, a OMS veio retomar e aprofundar estes conceitos, adaptando-os a uma perspetiva global e integrando-os na sua própria definição de qualidade em

saúde, que os utiliza como eixos orientadores para a melhoria dos resultados em saúde em diferentes contextos (OMS, 2020).

A DGS defende que a “qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e que consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Ministério da Saúde [MS], 2015, p.13551). À luz desta definição emerge Donabedian (2003), entendendo a qualidade em saúde como a capacidade de alcançar maiores benefícios, tendo em conta o que é realmente alcançável, com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes, minimizando simultaneamente os riscos para as pessoas. Este entendimento encontra expressão jurídica na Lei de Bases da Saúde, quando a alínea b) da Base 2 consagra o direito de os cidadãos a “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (AR, 2019, p.56).

A OMS reforça a necessidade de que os esforços dos países para melhorar a qualidade dos serviços de saúde assentem numa orientação estratégica nacional clara, formalizada em políticas e estratégias específicas para a qualidade. Nesse enquadramento, o MS (2015), através do Despacho n.º 5613/2015, desenvolveu a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde [ENQS], operacionalizada pela DGS através de normas, orientações e programas que visam garantir o acesso aos cuidados de saúde e promover o investimento nas instituições e unidades, de forma a melhorar a qualidade clínica e organizacional. Em consonância com este desígnio, a DGS (2015), assume a qualidade como o terceiro eixo estratégico do Plano Nacional de Saúde. Neste sentido, a qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem, constituem uma exigência transversal às instituições e são dimensões fundamentais dos ambientes de prática de Enfermagem (Nunes et al., 2023).

A qualidade dos cuidados de Enfermagem não pode ser dissociada da segurança, uma vez que prestar cuidados de qualidade implica, necessariamente, prevenir o dano e reduzir riscos para a pessoa. Facto este, suportado por Sales (2021), ao afirmar que a segurança do doente é uma dimensão importante da qualidade em saúde, tornando-se num grande desafio para a população a nível mundial. Assim, a par das dimensões de eficácia, eficiência, equidade e centralidade na pessoa, a segurança emerge como um eixo estruturante, exigindo a existência de uma verdadeira cultura de segurança nos serviços de saúde, nomeadamente, nos cuidados de Enfermagem.

A segurança da pessoa deve ser uma prioridade na atuação dos demais profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, face ao direito à proteção da saúde (MS, 2021). Porém, assume-se que existe sempre um grau de risco decorrente da sua intervenção, quer pela complexidade da situação e dos procedimentos, quer pelo contexto onde os cuidados decorrem e recursos disponíveis (Ramos et al., 2021).

“*To err is Human*”, publicado pelo IOM, expôs a descoberto a ocorrência de erros nos cuidados de saúde, através da quantificação da mortalidade associada ao erro nas organizações de saúde, enaltecendo as fragilidades dos sistemas, com impacto significativo na qualidade de vida e nos custos económicos e sociais (Ramos et al., 2021). A visibilidade deste relatório representou um ponto de viragem na projeção da importância da segurança da pessoa tornando-se numa prioridade no âmbito das organizações de saúde. Atualmente, estima-se que 1 em cada 10 pessoas hospitalizadas sofre um evento adverso durante o seu internamento, sendo que os erros em saúde representam uma parcela significativa das despesas hospitalares, cerca de 15% nos países da OCDE (OMS, 2024).

Em 2004, a OMS, lança a aliança mundial para a segurança do doente tendo como principais objetivos a definição a nível global de políticas, padrões de qualidade e normas, desenvolvendo posteriormente, e com contínuas revisões o “*Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*”, com 7 objetivos estratégicos. Também a Comissão Europeia vê este tema como uma problemática, criando o “*Patient safety – make it happen*” (Declaration, L., 2005).

A implementação de políticas e estratégias que visam a redução destes incidentes, em que segundo dados da OMS (2024), 50% são evitáveis, é amplamente reconhecida, tanto ao nível nacional como internacional, como uma medida determinante nos ganhos em saúde, pelo que o MS elaborou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2015-2020 com revisão a 2021-2026 (MS, 2021). Este plano reúne a evidência científica mais recente nesta temática, incorporando o papel dos diferentes *stakeholders* na saúde, desde as gestões de topo e das estruturas com responsabilidades na área de qualidade e segurança da pessoa até ao utentes, famílias e cuidadores (MS, 2021). O PNSD assenta em cinco pilares, com os respetivos objetivos estratégicos, de realçar o quarto pilar sobre prevenção e gestão de incidentes de segurança da pessoa, face ao tema do relatório, que merecerá uma análise concetual própria com um subcapítulo seguinte.

A construção deste caminho para alcançar cuidados de saúde seguros e de excelência revela um verdadeiro compromisso por parte de instituições e órgãos governamentais, reiterando o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover através de um serviço nacional

universal, geral e ajustado às condições económicas e sociais dos cidadãos, consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (AR, 2005).

Ao abordar a saúde, torna-se inequívoco evidenciar o papel do enfermeiro, nomeadamente do EE, na manutenção e melhoria da qualidade global dos cuidados, através de uma procura contínua pela excelência dos cuidados de Enfermagem. Tal como consagrado no Código Deontológico dos enfermeiros, estes têm a obrigação de 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” (OE, 2015b, p.78).

Neste âmbito, a OE assegura um escrutínio permanente da qualidade dos cuidados de Enfermagem em Portugal, por meio da reflexão sistemática, da definição e divulgação de princípios orientadores e da avaliação dos mesmos (Vilela et al., 2024). Em Portugal, o Conselho de Enfermagem da OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, reconhecendo-os como a representação dos cuidados de Enfermagem e um instrumento importante na definição do papel do enfermeiro (OE, 2001). Já em 2015, assume referenciais próprios à prática de Enfermagem especializada, nomeadamente do EE EMC-PSC, através do Regulamento n.º 361/2015 (OE, 2015a).

A representação da qualidade dos cuidados de Enfermagem especializados em EMC-PSC, aprovados no seio do Colégio da Especialidade de EMC, assenta em seis categorias de enunciados descritivos, tais como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2015a). Mais recentemente, em 2017, a OE procedeu à revisão e alargamento desses padrões no domínio da EMC, aprovando um regulamento que passou a integrar as áreas de especialização em EMC, pessoa em situação paliativa, perioperatória e situação crónica (OE, 2017). É importante salientar que a implementação de medidas de qualidade não constitui a meta dos sistemas de qualidade, mas antes o ponto de partida de um processo cíclico e de permanente redefinição de padrões, monitorização do desempenho, correção de desvios identificados e promoção contínua de novos objetivos orientados para a qualidade em saúde (Donabedian, 2003). Deste modo, a atualização regulamentar promovida pela OE assume-se como um instrumento estruturante deste processo dinâmico de melhoria contínua, alinhando os referenciais profissionais com a evolução científica e com as necessidades em saúde da população.

Além dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem estabelecidos pela OE, o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, constitui outro eixo estruturante da qualidade e segurança dos cuidados. A quantidade de enfermeiros, o seu nível de qualificação e o respetivo perfil de competências são determinantes para a segurança da pessoa e para a obtenção de resultados em saúde consistentes, exigindo o recurso a metodologias que vão além do simples cálculo de horas de cuidados por pessoa. Neste sentido, a definição da dotação de enfermeiros através do Regulamento n.º 743/2019, assume a natureza de orientação técnica essencial, estabelecendo condições indispensáveis para uma prática segura, eficaz e alinhada com as melhores recomendações, contribuindo para um sistema de saúde mais robusto e capaz de responder às necessidades da população (OE, 2019b).

O EE desempenha um papel decisivo na qualidade e segurança dos cuidados, ao articular a sua prática clínica com a evidência científica, a capacidade de tomada de decisão e liderança em contextos complexos. Pela sua intervenção diferenciada, contribui para prevenir eventos adversos, otimizar resultados em saúde e consolidar uma cultura de segurança centrada na pessoa e família.

De seguida, apresentamos o tema central deste relatório, sobre a notificação de eventos adversos no cuidado ao doente crítico.

1.3.1. Notificação de eventos adversos no cuidado ao doente crítico

O movimento da segurança da pessoa, teve início no fim do século XX, impulsionado pela publicação de dois relatórios *To err is human: building a safer health system* e *An organization with a memory*, colocando o foco da atenção na dimensão do problema e expondo a fragilidade dos sistemas de saúde na forma como favorecem o erro humano (WHO, 2021b).

Impulsionados pela crescente preocupação por parte de profissionais e da opinião pública, ao nível do dano evitável associado à prestação de cuidados, os sistemas de saúde em todo o mundo desenvolveram programas dirigidos à melhoria da segurança da pessoa (WHO, 2021b). Assumindo o pressuposto de que um passo para aprender com os erros em saúde, seria aprender com o que tinha corrido mal, conduzindo à criação de sistemas de notificação de incidentes relacionados com a segurança do doente.

Sales (2021, p.2), acrescenta que o desafio do novo milénio é “o de refletir sobre os incidentes que ocorrem no contexto dos cuidados de saúde e da segurança dos doentes”. Assumir a expressão “errar é humano”, veio quebrar o silêncio e a omissão desta realidade, através da aceitação de que os profissionais de saúde não são perfeitos e cometem erros,

essencialmente derivados de fragilidades nos sistemas instituídos, não sendo um ato com intenção de provocar dano nas pessoas (Sales, 2021).

Em 2009, a OMS publica a Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente, com o intuito de uniformizar a linguagem de referência para a recolha de informação e para o relato e análise dos incidentes de segurança dos doentes (DGS, 2022). Na realidade nacional, a DGS em 2011, adota a referida classificação distinguindo erro, como falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano, de incidente, sendo um evento que poderia resultar ou, efetivamente, resultou em dano desnecessário. Na definição de incidente, ainda são englobados os conceitos:

- **Ocorrência comunicável:** corresponde a uma situação com elevado potencial de causar dano, embora este não se tenha concretizado no doente.

- **Quase evento:** designa um incidente que foi desencadeado, mas que não chegou a atingir o doente.

- **Evento sem dano:** é um incidente em que a ocorrência alcança o doente, mas não produz qualquer dano identificável.

- **Evento adverso (incidente com dano):** refere-se a um incidente que resulta efetivamente em dano para o doente.

- **Dano:** traduz-se em prejuízo da estrutura ou das funções do corpo e/ou em qualquer efeito negativo daí decorrente.

- **Evitável ou prevenível:** é o incidente considerado desnecessário nas circunstâncias em que ocorreu, por se entender que poderia ter sido impedido naquele contexto.

- **Análise de causa raiz:** consiste numa abordagem essencialmente reativa de avaliação do risco, sistemática e organizada, na qual se identificam os fatores que contribuíram para um incidente, se reconstrói a sequência de acontecimentos e se questiona o processo até serem clarificadas as causas de base (fatores contribuintes ou riscos), permitindo definir e desenvolver ações e medidas de mitigação (DGS, 2011).

Englobado na gestão de risco, os sistemas de notificação de incidentes, aliam a curiosidade e compreensão sobre como ocorre o dano, à determinação em expor as fontes de risco para a pessoa, através de processos de investigação bem definidos e métodos eficazes para implementar mudanças necessárias (WHO, 2020). Através destes sistemas objetiva-se o envolvimento das pessoas e famílias na identificação das fontes de risco e de potencial dano, e, consequentemente, na conceção de sistemas mais seguros e no seu envolvimento nos cuidados de saúde (WHO, 2020).

Apesar da prioridade atribuída à segurança da pessoa nos cuidados de saúde, a OMS constata que a carga global de ocorrência de eventos não diminui (WHO, 2020). Neste sentido, no seu último relatório sobre a segurança global do doente, a organização refere que estimativas recentes indicam que os cuidados não seguros são responsáveis por mais de 3 milhões de mortes todos os anos (OMS, 2024). Quando nos referimos a fontes de danos nos cuidados de saúde, elas são transversais à realidade mundial, pelo que, a DGS (2011) assume a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, classificando os tipos de incidentes: acidentes do doente (quedas, úlceras por pressão, outros); comportamento; dieta/alimentação; dispositivos/equipamento médico; documentação (registos médicos ou de enfermagem, relatórios clínicos, outros); infeção associada aos cuidados de saúde; infraestrutura/edifício/instalações; medicação/fluídos intravenosos; oxigénio/gás/vapor; processo/procedimento clínico; processo administrativo; recursos/gestão organizacional; e sangue/hemoderivados.

A melhoria da cultura de segurança é uma prioridade na ENQS, estabelecida pelo Despacho n.º 14223/2009. Neste seguimento, foi determinado, como uma das ações a desenvolver, a criação de “um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, não punitivo, mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro” (DGS, 2022, p.17). No seguimento do esforço desenvolvido na implementação de estratégias de segurança, foi criado o PNSD que, na sua versão 2021-2026, reforça no objetivo estratégico 6, que a relevância dos sistemas de notificação de incidentes decorre do seu contributo para a redução do risco e do dano para o doente, para a aprendizagem a partir do erro e, em consequência, para o reforço da segurança nos cuidados de saúde (DGS, 2022). Com a criação da norma n.º 017/2022 (DGS, 2022), ambiciona-se um sistema de notificação e gestão de incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde, confidencial, anónimo e não punitivo, que permite a participação de profissionais e cidadãos.

Importa contextualizar a problemática da notificação de eventos adversos, na área da PSC, reconhecendo a grandeza da problemática nestes contextos, a perceção de cultura de segurança, as barreiras à notificação e as estratégias de adesão. A investigação seguiu a metodologia ScR, de acordo com o *Joanna Briggs Institute*, sendo que os aspetos metodológicos serão aprofundados na análise crítica e reflexiva do processo de desenvolvimento de competências de Mestre e de EE, nomeadamente em EMC-PSC.

Face à gravidade da condição da PSC e à complexidade dos cuidados de Enfermagem, esta tipologia de doente revela-se mais vulnerável dentro dos sistemas de saúde, condição, que os coloca em risco de ocorrência de eventos adversos, resultados indesejados e não intencionais

da prestação de cuidados, que comprometem a segurança da pessoa (Sauro & Stelfox, 2022; OMS, 2024). Estima-se que 25% das pessoas em estado crítico, experienciem um evento adverso durante o seu internamento em UCI (Sauro & Stelfox, 2022). A ocorrência de eventos adversos, tem um impacto significativo nas pessoas e nos sistemas de saúde, estando associada à mortalidade, ao aumento do tempo de internamento hospitalar e em UCI, e ao aumento das despesas em saúde (Sauro & Stelfox, 2022). A OMS (2024), refere que a ocorrência de eventos adversos resulta no aumento da duração do internamento em UCI em média 6,8 dias e prolongam o internamento hospitalar em 8,9 dias, acrescenta ainda que 13% dos eventos adversos, são letais ou potencialmente fatais.

Sauro & Stelfox (2022), defendem que é fundamental identificar e compreender os fatores que estão na origem da elevada ocorrência de eventos adversos em UCI, com vista a delinear, de forma estratégica, intervenções sustentadas na evidência que promovam a segurança da pessoa. Na sub-análise que realizaram da sua revisão sistemática com meta-análise, evidenciaram que os eventos mais frequentes estão relacionados com falhas na prestação de cuidados, englobando incidentes associados a procedimentos e à gestão dos cuidados, seguidos do delírio e dos eventos adversos de natureza neurológica. Danielis et al. (2020) detetaram que os incidentes mais frequentes nas UCI analisadas, são relacionados com medicação, seguidos por incidentes de recursos e gestão organizacional (incluindo carga de trabalho e dotação de pessoal) e por incidentes com dispositivos e equipamentos médicos, sublinhando o impacto de fatores organizacionais e de formação contínua.

No SU a OMS (2024), destaca que fatores como a elevada afluência a este serviço, a complexidade dos casos, as restrições de tempo, a sobrelotação e as interrupções constantes aumentam o risco de ocorrência de eventos adversos nas PSC nesta área. Griffey et al. (2022) identificam que, no SU, os incidentes mais frequentes estão relacionados com a medicação, a prestação de cuidados (como por exemplo, as úlceras por pressão), bem como com dispositivos médicos e com procedimentos cirúrgicos, incluindo falhas na técnica assética.

De um modo geral, estes grupos representam a maior proporção de eventos adversos identificados, permitindo concluir que uma grande parte do risco para a PSC não advém apenas da sua condição clínica, mas também da organização, planeamento e execução dos cuidados. Importa assim, reforçar a necessidade de investir na implementação de práticas seguras, com protocolos estruturados e uma vigilância clínica rigorosa.

Organizações que evidenciam uma cultura de segurança positiva distinguem-se por uma comunicação assente na confiança mútua, por uma visão comum quanto à relevância da segurança e por uma forte crença na eficácia das medidas preventivas adotadas (Eiras, 2021).

Quando analisada a perceção da cultura de segurança, especialmente entre os enfermeiros de prestação de cuidados à PSC, Danielis et al. (2021) e Oliveira et al. (2022), constataram que tem influência direta na frequência da notificação, sendo os eventos mais graves os mais frequentemente reportados. A maioria dos estudos descreve uma cultura de segurança moderada a positiva, com boa comunicação e cooperação dentro das equipas. Contudo, persistem fragilidades na liderança, apoio institucional e dotação de pessoal, fatores que dificultam a consolidação de uma cultura de segurança efetiva (Oliveira et al., 2024a; Jäger et al., 2021; Gorman et al., 2024). Sendo, a subnotificação ainda uma realidade transversal aos sistemas de saúde (Hamed & Konstantinidis, 2022).

Estudos revelam que as principais barreiras à notificação de eventos adversos, prendem-se com a sobrecarga de trabalho, o medo de represálias, a ineficácia dos sistemas de notificação, a falta de tempo ou de conhecimento sobre o sistema e a ausência de *feedback* (Jäger et al., 2021; Hamed & Konstantinidis, 2021; Kuske et al., 2022; Griffeth et al., 2023). Abraçar a expressão “errar é humano”, sem perseguir os profissionais de saúde é um dos principais desafios desta temática, Sales (2021, p.2) acrescenta que “os sistemas instituídos e a forma como o trabalho se encontra organizado favorecem a ocorrência de erros que colocam em risco a saúde e a segurança dos doentes e dos profissionais”.

Graf et al. (2024) identificaram os momentos de transição de cuidados em UCI como situações de elevado risco para a PSC, avaliando o impacto da simulação de casos, na deteção de riscos durante a passagem de turno. Foi possível concluir que a formação aumentou a taxa de deteção de erros e melhorou a forma de os discutir em equipa, sugerindo um reforço da cultura de segurança.

Neste sentido, a simulação e o treino nesta área surgem como ferramentas eficazes para dotar as equipas de consciência situacional, otimizar os momentos de passagem de turno e clarificar sobre o processo de notificação de eventos adversos, desde a análise até ao *feedback* dos grupos de gestão de risco. Esta dinâmica ganha outro impacto quando ancorada em casos específicos de cada instituição.

A evidência indica que a notificação sistemática constitui uma ferramenta essencial de aprendizagem organizacional, por possibilitar identificar falhas estruturais, reduzir incidentes graves e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde através da implementação de ações de melhoria baseadas em evidência (Oliveira et al., 2024a; Goekcimen et al., 2023; Griffeth et al., 2023; Danielis et al., 2021). Como medida de melhoria contínua da qualidade, importa que as instituições de saúde, reflitam sobre a análise dos relatos de incidentes e definam estratégias de

melhoria, com vista à prevenção da sua recorrência e ao combate das barreiras identificadas, promovendo uma cultura de segurança nos cuidados de saúde.

Oliveira et al. (2024a), evidenciam que os EE tendem a reportar mais eventos em contexto da PSC, quando comparados com enfermeiros generalistas, sugerindo um maior envolvimento na cultura de segurança da pessoa. Este resultado revela um claro alinhamento com as competências do EE, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, no compromisso com a melhoria contínua da qualidade e a gestão dos cuidados. O seu papel de liderança confere-lhe destaque na identificação de riscos, na promoção da aprendizagem organizacional e na valorização de ambientes não punitivos face ao erro. No âmbito do EE em EMC-PSC, a utilização da notificação e análise de incidentes como ferramenta estruturante para a tomada de decisão clínica e para o reforço da segurança da PSC, deve estar sistematizada por forma a dar resposta à complexidade de cuidar da PSC e sua família, a dinamizar a resposta em situações de exceção, emergência e catástrofe e prevenir e controlar a infeção.

Durante os estágios clínicos foi possível constatar que ambas as ULS adquiriram plataformas para a notificação de incidentes, nomeadamente, de eventos adversos, à parte da plataforma nacional. Destacamos a existência de gabinetes dedicados à gestão de risco, em especial, o da ULS-B por ser constituído na sua grande maioria por enfermeiros, não obstante a presença de outros profissionais essenciais nesta área da qualidade e segurança da pessoa. Na sequência dos estágios de observação nos referidos gabinetes, foi possível observar o desenvolvimento de atividades que permitem a identificação de riscos, a análise causa-raiz dos incidentes e restantes etapas do processo, até à fase de elaboração e implementação de ações de melhoria para a mitigação do erro.

Foram analisados os últimos relatórios disponíveis das ULS, podendo verificar quais os incidentes mais reportados, nas áreas afetas à prestação de cuidados à PSC. Por ausência de uma autorização formal para utilização dos dados em questão, não poderemos expor a análise efetuada.

Após a contextualização teórica deste relatório, passamos a apresentar a caracterização dos contextos da prática especializada em Enfermagem.

2.CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O plano curricular atualmente em vigor no Mestrado em Enfermagem contempla, no seu percurso formativo, a realização de dois estágios na área de prestação de cuidados de Enfermagem afetos à PSC: o Estágio à Pessoa em Situação Crítica e o Estágio à Pessoa em Situação Crítica com Relatório. O presente capítulo tem como finalidade descrever e analisar os contextos de prática especializada em Enfermagem onde estes estágios foram desenvolvidos, considerando-se que os diferentes contextos clínicos assumem um papel determinante no processo de aprendizagem, na aquisição e desenvolvimento de competências e na construção da identidade profissional enquanto EE.

Os estágios decorreram em duas ULS distintas, designadas ULS-A e ULS-B. Na ULS-A, foram desenvolvidos os estágios no Serviço de Cardiologia, mais especificamente na UH e na UCIC e no SUP. Na outra unidade, identificada como ULS-B, foi realizado o estágio na UCIP. Os contextos clínicos foram selecionados tendo em conta a sua adequação às exigências da formação especializada em EMC-PSC, valorizando-se ambientes que favorecessem a aquisição de competências técnicas, clínicas e relacionais em contextos de elevada complexidade, constituindo-se simultaneamente num desafio. A opção pela UH e UCIC fundamentou-se no interesse e curiosidade pela área da cardiologia, pela sua elevada especificidade e complexidade, bem como pela natureza altamente diferenciada dos procedimentos realizados. Estes contextos exigem do EE capacidade de monitorização contínua, de antecipação e reposta rápida para intervir em situações de instabilidade clínica, onde o trabalho de equipa é determinante, constituindo-se como ambientes privilegiados para o desenvolvimento de competências avançadas na PSC. A escolha do SUP fundamentou-se não apenas na complexidade clínica inerente a este contexto, mas também na diversidade de situações clínicas e na amplitude da população-alvo de cuidados, onde a gestão dos cuidados de Enfermagem exige do EE competências avançadas de priorização, tomada de decisão e articulação em equipas multidisciplinares, assumindo particular relevância na resposta à PSC.

A escolha da UCIP num hospital de elevada diferenciação, localizado numa região geográfica distinta da habitual, constituiu-se num desafio e estratégia intencional de sair da zona de conforto. Embora já exista uma experiência profissional consolidada nesta área, a integração de um contexto institucional diferente bem como a diversidade da complexidade clínica e de recursos disponíveis, permitiu consolidar competências previamente adquiridas e desenvolver outras, essenciais à prestação de cuidados especializados.

A secção seguinte é dedicada à caracterização das ULS onde decorreram os estágios, sendo posteriormente, realizada a análise dos respetivos contextos de estágio, abordando aspetos estruturais, organizacionais e funcionais, incluindo os estilos de liderança.

O aumento das necessidades em saúde da população, associado ao envelhecimento, à maior carga de doença e às crescentes expectativas dos cidadãos, tem colocado novos desafios ao Serviço Nacional de Saúde [SNS], exigindo a adoção de modelos organizacionais que promovam maior eficiência, acessibilidade e continuidade dos cuidados. Neste contexto, a implementação do modelo das ULS através do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, surge como uma estratégia de reorganização do SNS, assente na integração dos cuidados de saúde primários e hospitalares, com o objetivo de qualificar a resposta em saúde, melhorar e reforçar a proximidade, a coordenação e a qualidade dos cuidados prestados à população (AR, 2023).

Por razões éticas e de salvaguarda da confidencialidade institucional, não será divulgada a identificação das unidades de saúde envolvidas, sendo estas referidas apenas de forma genérica ao longo do presente relatório.

2.1 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – A

Ao abrigo do Decreto-lei nº102/2023, foi criada a ULS-A, a qual passou a integrar hospitais públicos, Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES] e respetivas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, Serviços de Urgência Básica [SUB] e outras entidades e serviços da região de saúde. A sua área geográfica abrange 16 concelhos, com uma população habitacional a rondar os 480 000 habitantes. Vê este desafio populacional acrescido, perante o aumento da população de acordo com a sazonalidade. A extensão territorial da ULS-A e a dispersão geográfica dos concelhos que a integram configuram um dos principais desafios ao nível da organização e gestão dos cuidados de saúde. Um outro desafio que identificámos prende-se com a dificuldade em atrair e reter profissionais de saúde.

A ULS-A assume como sua missão servir a população residente e visitante da região, respeitando a missão do SNS, através de uma prestação integrada de cuidados de saúde. Adicionalmente a este facto, a ULS em questão, explana o seu compromisso com as áreas do ensino e investigação, mais concretamente na medicina e outras ciências da saúde. Através da consolidação de valores como trabalho em prol do utente, o trabalho de equipa, o compromisso com a inovação, a participação dos seus colaboradores na gestão e a inclusão dos componentes económicos e sociais, o seu objetivo maioritário, é a promoção da saúde, e a prevenção e tratamento da doença, tendo em vista o bem-estar da população.

2.1.1.Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e Unidade de Hemodinâmica do Serviço de Cardiologia

O MS (2013), define UCI como um “espaço em que se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível” (MS, 2013, p. 61).

Em Portugal, à semelhança do contexto europeu, as UCI encontram-se categorizadas em três níveis diferenciados: Nível I, Nível II e Nível III. As unidades de Nível III, distinguem-se por disporem de equipas próprias ou funcionalmente dedicadas, tanto equipa de Enfermagem como equipa médica, por estarem dotadas de todos os recursos necessários à monitorização, diagnóstico e tratamento de doentes. São ainda assegurados programas estruturados de formação e um sistema contínuo de avaliação e controlo da qualidade, sendo obrigatórias em hospitais que disponham de SUP (MS, 2013). A UCIC, caracterizada pelo MS (2013, p. 60), como uma “unidade dedicada à prestação de cuidados intensivos no domínio cardiológico, incluindo enfarte agudo de miocárdio, insuficiência cardíaca avançada e apoio a intervenção hemodinâmica”, é passível de ser enquadrada em quaisquer níveis II e III das UCI.

Segundo a Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia (SNS, 2023), o centro de cardiologia da ULS-A enquadra-se na tipologia B1, caracterizada essencialmente pela existência de um Laboratório de Hemodinâmica, assumindo um papel de nó da rede da via verde coronária no tratamento da fase aguda do enfarte do miocárdio. Estas unidades dispõem ainda de capacidade para a realização de técnicas não invasivas e de procedimentos de *pacing* cardíaco. Adicionalmente, devem integrar unidades de cuidados intensivos dedicadas à área da cardiologia, com cardiologistas em presença física permanente, cuja atividade se encontra particularmente articulada com o suporte clínico a montante e a jusante dos Laboratórios de Hemodinâmica e Angiografia (SNS, 2023).

As unidades em análise encontram-se integradas no Serviço de Cardiologia da ULS-A, o qual engloba diversos setores, nomeadamente enfermarias com capacidade total para 16 pessoas, uma Sala de Recobro com capacidade para quatro pessoas, a Unidade de Eletrofisiologia, a UCIC com capacidade para seis pessoas, a UH, uma Sala de Reabilitação destinada à preparação da alta e uma Sala de Ecografias, onde são realizados exames como ecocardiografia transesofágica, ecocardiografia com contraste, estudos com soros salinos agitados e exames de sobrecarga terapêutica. De uma forma global, a estrutura e os recursos disponíveis permitem verificar uma concordância com as recomendações preconizadas para unidades de tipologia B1, nomeadamente no que respeita à existência de cuidados intensivos dedicados, capacidade de monitorização avançada e acesso a meios de diagnóstico e terapêutica invasivos e não invasivos (SNS, 2023).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte a nível mundial, sendo responsável por cerca de 17,9 milhões de óbitos em 2019. Dentro das doenças cardiovasculares, a cardiopatia isquémica é a que apresenta a maior taxa de mortalidade (WHO, 2021a). Em 2023, a doença isquémica do coração, que inclui a Síndrome Coronária Aguda [SCA] corresponderam a 5,4% do total de óbitos entre os residentes em Portugal. De acordo com os mesmos dados estatísticos, fornecidos pelo Instituto Nacional de estatística [INE], o Enfarte Agudo do Miocárdio [EAM], uma condição da SCA, representou 3,1% da mortalidade nacional (INE, 2025).

A DGS (2017a), desenvolveu o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, tendo como missão reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis e garantir a resposta adequada dos cuidados de saúde na ocorrência de eventos críticos, de EAM e Acidente Vascular Cerebral [AVC]. Com este programa pretendeu estabelecer o envolvimento entre as diferentes instituições com o recurso à utilização das Vias Verdes [VV], com vista à diminuição no risco de óbito antes da admissão hospitalar.

A ULS-A inaugurou a UCIC em 2001, a UH em 2003 e a VV em 2004. Existem em Portugal 13 Unidades de Hemodinâmica (SNS, 2023). Estas duas unidades funcionais do serviço de cardiologia, encontram-se fisicamente próximas facilitando o circuito das pessoas. São compostas por equipa multidisciplinares, e à data da realização do estágio clínico, apenas 8 enfermeiros exerciam funções na UH e 20 na UCIC. Sendo que desses, apenas dois são EE em EMC-PSC, incluído a enfermeira gestora.

Na UH, integrada na tipologia de Unidades de Exames Especiais, verificou-se a presença de dois enfermeiros na sala durante a realização dos procedimentos no turno diurno, com duração de 10 horas. Neste período são realizados exames e procedimentos invasivos, quer

programados quer em contexto de urgência, nomeadamente mediante ativação da VV coronária. Após este período, a UH funciona em regime de prevenção, de forma a responder às ativações da VV coronária, contando com a presença de um enfermeiro.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019b), para esta tipologia de unidades é recomendada a presença de um enfermeiro por sala, devendo acrescer mais um enfermeiro sempre que exista a necessidade de técnica assética cirúrgica.

Recentemente, a UH da ULS-A iniciou a atividade na área do encerramento de *foramen ovale* patente e do apêndice auricular, procedimentos que implicam, para além da equipa habitual constituída por médico, enfermeiros e técnicos de cardiopneumologia, a presença de um anestesiológista, face à possibilidade de realização de sedação/anestesia geral com consequente, necessidade de via aérea invasiva. Nestes contextos, e de acordo com o regulamento supracitado, na presença de sedação ou anestesia é recomendada a existência de dois enfermeiros por sala, sendo preferencialmente um deles EE em EMC na área da pessoa em situação perioperatória (OE, 2019b). Contudo, tal não se verificou, uma vez que nenhum dos elementos da equipa de Enfermagem da UH possui atualmente esta especialização atribuída.

Paralelamente às recomendações normativas relativas às dotações, verificámos na prática uma preocupação em alocar à UH EE em EMC-PSC, bem como enfermeiros com um nível de experiência profissional superior, neste contexto. Esta opção encontra fundamento no Regulamento de Competências do EE EMC-PSC, que define como áreas centrais de intervenção a vigilância avançada, a antecipação de complicações, a gestão de situações clínicas complexas e a resposta eficaz em contextos de elevada instabilidade clínica (OE, 2018). Adicionalmente, esta prática é coerente com o modelo de desenvolvimento profissional proposto por Benner (2001), segundo o qual o enfermeiro perito se caracteriza pela capacidade de reconhecer padrões clínicos de forma intuitiva, tomar decisões rápidas e seguras e intervir de modo eficaz em situações complexas, o que assume particular relevância em contextos altamente diferenciados e tecnologicamente exigentes, como a UH.

É alvo de particular preocupação a fase de recobro, pela necessidade de alocação de enfermeiros em número e com competências adequadas (OE, 2019b). A sala de recobro destina-se sobretudo a pessoas não internadas, enquanto as internadas regressam à enfermaria ou à UCIC, conforme a situação clínica. Nestes casos, a transição de cuidados é realizada para os enfermeiros que prestam cuidados na enfermaria de Cardiologia, passando a assegurar a vigilância dos doentes na sala de recobro, o que implica a acumulação de responsabilidades na gestão dos cuidados.

Na UCIC, os rácios enfermeiro/pessoa observados correspondem, a 1:2 no turno da manhã e nos restantes turnos 1:3. Tratando-se de uma unidade, com elevada variabilidade das necessidades de vigilância das pessoas e complexidade clínica, pode ser enquadrada nos três níveis de uma UCI (MS, 2013). Os rácios são ajustados consoante as necessidades da PSC, procurando respeitar as recomendações relativas às dotações seguras para esta tipologia de internamento (OE, 2019b). Porém, no que se refere à composição e diferenciação da equipa de Enfermagem, não é possível assegurar o cumprimento do normativo de 50% de EEEMC-PSC.

Do ponto de vista da liderança organizacional, durante o estágio na UH e na UCIC observou-se que a enfermeira gestora adota um estilo claramente transformacional, marcado por uma presença constante, motivadora e participativa na dinâmica da equipa. A sua integração nas atividades das unidades, com envolvimento direto na prestação de cuidados à PSC na UH, reforça a proximidade com os profissionais e a compreensão da realidade dos cuidados. Detentora de vasta experiência em cuidados intensivos polivalentes, procura sistematicamente partilhar o seu conhecimento com a equipa, alargando a perspetiva dos enfermeiros para além da especificidade da cardiologia. Revela-se dinâmica, centrada em potenciar as competências individuais, estimulando o crescimento, a aprendizagem contínua e o desenvolvimento do potencial de cada elemento. Esta postura está alinhada com Al Khajeh (2018), ao referir que o líder transformacional caracteriza-se pelo foco no desenvolvimento dos liderados, valorizando as suas necessidades e estimulando intelectualmente a equipa.

2.1.2 Serviço de Urgência Polivalente

O Despacho n.º 10319/2014, do MS (2014), define a organização do Sistema Integrado de Emergência Médica [SIEM] ao nível da responsabilidade hospitalar e a sua articulação com o pré-hospitalar, bem como os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência [SU]. Adicionalmente, estabelece os requisitos mínimos relativos à estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade, assim como os processos de monitorização e avaliação. Estratifica os níveis de recursos e capacidade de resposta, por ordem crescente em: SUB; Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico [SUMC]; e SUP (MS, 2014). O SUP corresponde ao nível mais diferenciado na resposta a situações de urgência e emergência, assegurando uma resposta de maior proximidade à população e integrando valências acrescidas obrigatórias, face às existentes num SUMC (MS, 2014).

A Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2015) descreve a urgência como uma situação clínica que requer avaliação e/ou intervenção num curto período, com finalidade

curativa ou paliativa, enquanto a emergência corresponde a um quadro em que há risco iminente de vida ou de perda de função orgânica, exigindo atuação rápida no mesmo curto intervalo temporal.

Implementada em Portugal, desde 2000, a Triagem de *Manchester* [TM], visa delinear o nível de prioridade clínica, através de uma identificação objetiva e sistematizada de critérios de gravidade, com a respetiva alocação da pessoa na área de atendimento mais adequada e definição do tempo alvo para uma primeira observação médica (DGS, 2018). A padronização dos procedimentos e a tomada de decisão baseada em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde do serviço de urgência, face à elevada afluência de utentes, uma atuação orientada por prioridades, o encaminhamento precoce da pessoa e a prestação de cuidados adequados às suas necessidades, promovendo maior qualidade e segurança (DGS, 2018). Não obstante, o Grupo Português de Triagem [GPT] (2011) salienta a importância de um circuito de encaminhamento adequado.

Este é considerado um posto de trabalho distinto, assegurado por enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades. É ainda recomendado que este posto seja assegurado por um EE na área da EMC-PSC (OE, 2019b). No entanto, ao momento da realização do estágio, atendendo à existência de apenas cinco enfermeiros especialistas nesta área, sendo um deles o enfermeiro gestor do SUP, não é possível cumprir integralmente esta recomendação.

À luz do anteriormente exposto, as VV assumem-se como circuitos estruturados de encaminhamento, com componentes intra e extra-hospitalares, que visam a sistematização dos passos, procedimentos e responsabilidades ao longo da cadeia de cuidados, em situações clínicas que beneficiam de uma abordagem precoce e organizada, com impacto na redução da morbilidade e mortalidade, como são as Vias Verdes AVC, Coronária, Trauma e Sépsis (DGS, 2018; GPT, 2011 & MS, 2014).

No SUP em análise, foi possível observar, durante a realização do estágio, que o percurso de ativação das VV, desde o contexto pré-hospitalar até à primeira observação pela equipa destinada para esse efeito, decorria de forma fluída e organizada. A atribuição destas vias como um posto de trabalho específico de Enfermagem, assegurado por um enfermeiro dedicado, evidencia uma preocupação por parte da gestão na minimização de potenciais atrasos no diagnóstico e na implementação atempada das intervenções terapêuticas, aspetos determinantes neste tipo de patologia. Paralelamente, a seleção dos enfermeiros para este posto de trabalho tinha em consideração o tempo de exercício e a experiência profissional, bem como a formação académica, o que reforça a adequação do perfil profissional às exigências do contexto. Acresce

ainda que a área destinada à avaliação dos doentes integrados nas VV se localizava fisicamente próxima da triagem e da sala de emergência, o que facilita a articulação entre equipas e permite um apoio imediato por parte dos enfermeiros que se encontram nessas áreas, por serem experientes e de referência para a equipa. Este aspeto promove um ambiente de maior segurança, confiança e suporte profissional, particularmente relevante para os enfermeiros em fase de integração neste posto de trabalho.

Para além da existência de duas salas de triagem e de uma área de avaliação dos doentes com ativação de VVs, o SUP tem uma sala de emergência com capacidade para observar e gerir cuidados de três pessoas. Segundo o previsto no artigo 21.º, do Despacho n.º 10319/2014 (MS, 2014), os enfermeiros que asseguram este posto de trabalho devem ser EE em EMC, preferencialmente na área da PSC. O Regulamento n.º 734/2019 (OE, 2019b), refere ainda que os coordenadores funcionais de turno devam ser detentores desta especialidade, bem como, é recomendado que 50% dos enfermeiros dos SUP sejam EE em EMC-PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida [SAV].

Apesar da existência de orientações que definem perfis e requisitos para a constituição das equipas nos diferentes postos do SU, a realidade observada durante o estágio evidencia dificuldades na sua concretização plena. Ao contrário do que se sucede na triagem, onde os profissionais apresentam formação específica e preparação direcionada para as funções desempenhadas, noutros postos verifica-se uma discrepância entre o que é recomendado e os recursos efetivamente disponíveis. Esta situação resulta, essencialmente, da limitação do número de profissionais com experiência diferenciada e competências especializadas, condicionando a possibilidade de constituir equipas de acordo com os referenciais teóricos existentes. Não obstante a estes constrangimentos, destaca-se o investimento do serviço na valorização das competências dos enfermeiros, através de oportunidades formativas formais e informais, bem como a preocupação em estruturar equipas com perfis complementares, procurando responder às exigências específicas de cada área funcional.

Outro aspeto relevante observado durante o estágio foi o elevado *turnover* de profissionais, traduzido na integração frequente de novos enfermeiros, associado ao facto de se tratar de uma equipa numerosa, composta por cerca de 80 enfermeiros. Neste contexto de constrangimentos organizacionais e limitações de recursos humanos, assume particular relevância o papel do enfermeiro gestor, constituindo-se num desafio acrescido para o mesmo.

Entendemos que o enfermeiro gestor do SUP adota maioritariamente um estilo de liderança democrática, em que a tomada de decisão é partilhada (Al Khajed, 2018), sobretudo com os coordenadores oficiais de turno. Atendendo à magnitude da equipa e à elevada afluência

ao serviço, a subdivisão da equipa em grupos mais pequenos constituiu uma estratégia organizacional pertinente, sendo nomeados “chefes de equipa”, com possibilidade de substituição por um segundo elemento, preferencialmente os EE ou peritos. Estes assumem o papel de elo entre a gestão e a restante equipa de Enfermagem, garantindo uma auscultação mais próxima das necessidades, sugestões e preocupações da equipa, o que permite que os profissionais influenciem diretamente os processos de tomada de decisão e reforça o sentido de trabalho conjunto (Hanzel & Faveri, 2024; Al Khajeh, 2018). Paralelamente, esta configuração atribui aos chefes de equipa maior controlo sobre os processos e participação nas discussões, consolidando, na prática, a natureza democrática da liderança exercida no serviço.

Importa salientar que o enfermeiro gestor possui ampla experiência na área da urgência e emergência, o que lhe confere um conhecimento aprofundado do funcionamento do SUP. Essa trajetória profissional permite-lhe reconhecer de forma realista as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, tanto ao nível organizacional como estrutural, o que sustenta uma liderança mais sensível às necessidades da equipa e às exigências do contexto assistencial.

Neste contexto de estágio, a organização do trabalho assenta no método individual de trabalho, em que cada enfermeiro assume, de forma autónoma, a responsabilidade pelos cuidados de uma PSC. Esta configuração implica um elevado grau de responsabilização individual, mas simultaneamente favorece o seguimento continuado dos doentes. Além disso, este modo de funcionamento mostra-se funcional e adequado para responder às exigências de rapidez, prioridade e ajustes constantes inerentes ao contexto de urgência e emergência.

O sistema informático utilizado é o Alert®, uma plataforma que permite o acesso ao perfil clínico completo da pessoa e, em simultâneo, a visualização global do funcionamento do serviço de urgência, nomeadamente o número de pessoas em espera para triagem, observação, meios complementares de diagnóstico, procedimentos de Enfermagem, o tempo total de permanência no serviço, bem como as especialidades para onde foram encaminhados. Esta visão global permite à equipa antecipar a necessidade de mobilização de recursos e de eventual reorganização do trabalho, de forma a responder mais eficazmente às necessidades das pessoas e a assegurar a prestação de cuidados de qualidade.

Nos serviços de urgência, os enfermeiros intervêm em diferentes áreas de atuação, desde a primeira abordagem. Neste cenário, os enfermeiros assumem um papel determinante, ao operacionalizarem intervenções oportunas e adequadas ao momento clínico vivido pela pessoa (Gomes et al., 2023). O equilíbrio entre a adequação técnica e relacional mantém-se central, quer pela necessidade de resolução rápida e segura das situações clínicas, quer pela promoção da humanização dos cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade das intervenções nas

instituições de saúde (Silva et al., 2019) através do conhecimento científico e do seu juízo clínico (Gomes et al., 2023).

No contexto do serviço de urgência, a presença do EE traduz-se numa maior capacidade de decisão clínica em situações complexas, numa gestão mais eficiente dos cuidados e na liderança de equipas em cenários de elevada exigência, garantindo segurança, qualidade e resposta adequada às necessidades das pessoas em situação crítica (OE, 2018).

2.2.UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – B

Inserida numa grande área metropolitana, a ULS-B, também ao abrigo do Decreto-lei nº102/2013, é resultado da fusão de dois centros hospitalares, dois ACES e de um instituto. A prestação de cuidados hospitalares encontra-se distribuída por 9 unidades distintas, integrando ainda 33 unidades funcionais de cuidados de saúde primários. Em termos populacionais, serve cerca de 384 774 habitantes, pertencentes a 17 freguesias.

A sua missão visa, no respeito pela individualidade da pessoa e ao longo do seu ciclo vital, a promoção da saúde, a prevenção da doença e um diagnóstico e tratamentos céleres e eficientes, através do compromisso com a excelência e inovação. Paralelamente, ambiciona consolidar-se como uma organização de saúde capaz de atrair, desenvolver e reter os 10 mil profissionais que integram a instituição.

Agrega várias unidades hospitalares de referência histórica ao nível nacional, com peso simbólico e organizacional de destaque no SNS, mantém o seu compromisso com o ensino universitário e pós-graduado, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica. Valoriza as pessoas, o acesso aos cuidados, a eficiência e eficácia, e uma cultura organizacional orientada para a segurança e qualidade dos cuidados.

A complexidade organizacional associada à multiplicidade de unidades físicas e à dispersão dos serviços constitui um dos principais constrangimentos à gestão integrada dos cuidados. Adicionalmente, o facto de não existir uma centralização de serviços ou unidades de apoio clínico e não clínico, implica, em determinadas circunstâncias, a necessidade de transferência de pessoas inter-hospitalares da ULS, condicionando a fluidez dos percursos, exigindo uma elevada capacidade de articulação de recursos na gestão do percurso da pessoa.

2.2.1.Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Como referimos anteriormente, segundo o MS (2013), a UCI é definida como um espaço dotado de recursos humanos e técnicos necessários para a “monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível” (MS, 2013, p. 61). A categorização das UCI é realizada com base na complexidade dos cuidados prestados, distribuindo-se em três níveis (I, II e III), conforme descrito pela ACSS (2024).

Localizada num Hospital Central, a UCIP onde realizámos o estágio clínico, é a unidade com maior lotação da ULS-B, e de destaque nacional. Ao contrário, do primeiro local onde estagiamos, esta é uma unidade com polivalência, consoante o pretendido para este momento formativo. Apresenta uma ampla variedade de situações clínicas da PSC, incluindo áreas médicas, cirúrgicas, traumatológicas e neurocirúrgicas, embora estas últimas surjam em menor número, uma vez que existe uma UCI especificamente dedicada a esta patologia.

Reconhecemos o elevado nível de diferenciação desta unidade, não só pela qualidade e diversidade dos cuidados prestados, mas também pelo apoio funcional e estrutural que assegura à restante ULS. Exemplos disso são a sala afeta à realização de técnicas dialíticas intermitentes, que apoia a colocação de dispositivos invasivos necessários à técnica e a sua realização a todas as pessoas internadas na estrutura hospitalar que dela necessitem, bem como a sala dedicada a procedimentos invasivos, como a colocação de eletrocáteteres provisórios. A realização de consultas de *follow up*, dirigidas à PSC e sua família, revela uma preocupação que ultrapassa o momento do internamento, procurando cuidar de pessoas ao longo do seu percurso de saúde-doença. Traduzindo um compromisso genuíno com a continuidade e a globalidade dos cuidados, na medida em que procura acompanhar o impacto da doença crítica e do internamento ao longo do tempo, dando resposta a dúvidas, receios e necessidades que muitas vezes só emergem após a alta. Ao manter este vínculo, a equipa evidencia uma visão de cuidados centrada na pessoa e na família, reforçando a confiança, promovendo a recuperação e assumindo o seu papel na prevenção de desfechos adversos e de reinternamentos evitáveis, através do encaminhamento adequado para diversos serviços, sejam sociais ou clínico, sempre que necessário.

A unidade desenvolve ainda um projeto centrado na satisfação da família, através da entrega de questionários de satisfação nas primeiras 48 horas de internamento. Para além disso, dispõe de um espaço físico próprio para a realização de reuniões multidisciplinares com a família, promovendo uma comunicação mais próxima e estruturada, essenciais não só no primeiro momento de visita à PSC como também ao longo do internamento em UCI. Meleis

(2010), afirma que uma abordagem centrada na família reforça o papel do enfermeiro de interlocutor privilegiado na promoção da literacia em saúde e na humanização dos cuidados, sobretudo no contexto dos cuidados intensivos.

Em termos estruturais, apresenta uma lotação de 22 camas com possibilidade de monitorização de nível III, estando composta por um corredor central e quartos com capacidade para quatro e seis camas, bem como dois quartos individuais destinados a situações que exigem medidas adicionais de isolamento. A *Society of Critical Care Medicine* [SCCM] (Hamilton et al., 2025) define em 2024, *guidelines* com o intuito de otimizar as estratégias de conceção de novos projetos ou em projetos de renovação. Hamilton et al. (2025), defendem que questões como a alta visibilidade dos doentes em risco de deterioração clínica a partir dos postos de trabalho dos profissionais, é uma prioridade, permitindo que a equipa intervenha com maior celeridade e reconheça com maior facilidade a necessidade de ajuda por parte dos colegas. A configuração das UCI em *open space* ou em quartos individuais apresenta vantagens e desvantagens que importa ponderar de forma equilibrada, a decisão entre as duas disposições atendendo à realidade local, ao espaço físico, aos recursos disponíveis e às prioridades da instituição, procurando um equilíbrio entre visibilidade, segurança, controlo de infeção, conforto e satisfação de doentes, famílias e profissionais (Hamilton et al., 2025). Os quartos individuais parecem favorecer o controlo de infeção, aumentam a privacidade e a confidencialidade, e tendem a ser mais valorizados por doentes e famílias, mas podem tornar os cuidados mais complexos, diminuindo a visibilidade direta e exigindo que os profissionais entrem e saiam repetidamente de diferentes quartos (Hamilton et al., 2025). Nesta unidade em particular, quando questionados sobre a configuração dos quartos, a maioria dos enfermeiros manifestou preferência pela individualização por quartos, em linha com as vantagens referidas.

A equipa de Enfermagem do serviço anteriormente descrito, é composta por 70 profissionais, entre os quais 13 são EE em EMC. De forma regular, inclui quatro enfermeiros de fora de escala, com horário fixo no período da manhã, que apoiam as áreas de gestão, as salas de hemodiálise ou a de procedimentos invasivos, bem como a monitorização e análise dos dados epidemiológicos em controlo de infeção. Porém, enfrenta um desafio acrescido, comum ao atual contexto do SNS, relacionado com a escassez de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, pelo que, por decisão institucional, duas camas se encontram inoperacionais.

Apresentam um método de trabalho individual, e conforme o recomendado pelo Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019b), o rácio enfermeiro/PSC é de 1:2. Contudo, uma das limitações identificadas prende-se com o não cumprimento da recomendação de que 50% da equipa seja constituída por EE, devido à escassez destes profissionais. Este facto deve-se às

sucessivas reestruturações da equipa desde o período pandémico, nomeadamente com a criação de um serviço dedicado à PSC com necessidade de *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* [ECMO], o que implicou a mobilização de EE em EMC-PSC e de peritos para a constituição desta nova equipa. Acresce que a composição da equipa é também influenciada pelas escolhas de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, em função dos percursos que projetam para a sua carreira.

Neste contexto, observa-se que a equipa integra um número significativo de elementos em início de percurso profissional, o que reforça a necessidade de uma estrutura de apoio bem definida. Destaca-se, como vantagem, a organização dos turnos, que prevê a presença de dois responsáveis por turno, habitualmente EE ou enfermeiros reconhecidos como peritos, que asseguram essa estrutura de apoio à restante equipa e mantêm uma visão global da unidade.

São também estes elementos responsáveis por turno que assumem a distribuição dos enfermeiros pela PSC de forma equilibrada, adequando o perfil de competências e o nível de qualificação para fazer face às diferentes fases de desenvolvimento profissional. A OE (2019b) através do Regulamento n.º 743/2019, também indica que é necessário recorrer a critérios e metodologias que permitam adequar os recursos humanos às reais necessidades da população. O *Therapeutic Intervention Scoring System -28* [TISS-28], amplamente reconhecido internacionalmente, constitui um dos principais instrumentos de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem em UCI, uma vez que foi validado multicentricamente e é utilizado em UCI de diversos países para sustentar decisões de dotação segura de enfermeiros (Sardo et al., 2022).

A nossa experiência profissional em UCIP e a postura mais observacional e reflexiva adotada neste estágio permitiram contrastar e comparar diferentes realidades, evidenciando que a configuração física desta unidade dificulta, na prática, a aplicação plena do TISS-28, o que se traduz, por vezes, em disparidades relevantes na carga de trabalho individual. Ainda assim, a existência de elementos fora de escala, que assumem um papel de apoio operativo, aliada a um marcado sentido de entreajuda e de trabalho em equipa, contribui para mitigar estas assimetrias e reforçar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

No seu firme compromisso, com a melhoria contínua e a qualidade dos cuidados, a unidade revela a presença de um espaço, localizado estrategicamente para captar a atenção dos profissionais, onde é dado o *feedback* dos resultados das auditorias realizadas e outros indicadores revelantes para a qualidade dos cuidados.

A transição de cuidados é realizada três vezes por dia, de forma individual e à cabeceira da PSC, configurando um momento com potencial para aumentar a segurança, reforçar a responsabilidade do enfermeiro e envolver ativamente a pessoa no seu percurso de cuidados

(Ahmed et al., 2025). Neste formato, salientam-se a possibilidade de avaliação precoce, a observação direta e o foco num único doente, permitindo ao enfermeiro do turno de entrada efetuar de imediato uma apreciação clínica inicial e validar criticamente a informação transmitida, reduzindo o risco de complicações e de erros decorrentes de discrepâncias entre o que é comunicado e o estado real da pessoa (Ahmed et al., 2025).

Timins et al. (2023), reconhecem a necessidade de capacitar os profissionais para estilos de liderança que promovam o apoio à equipa, comunicação aberta e a participação dos demais nas decisões como estratégia para reduzir o *burnout* em ambiente de cuidados intensivos. Assim, assumimos o compromisso da enfermeira gestora da unidade em adotar uma liderança transformacional, reconhecendo a competência e estimulando intelectualmente a sua equipa, enquanto adota uma abordagem participativa, permitindo o envolvimento ativo dos profissionais no processo de tomada de decisão (Al Khajeh, 2018).

Uma vez concluída a caracterização dos diferentes campos de estágio, entraremos no capítulo da análise reflexiva e crítica, à luz das experiências vivenciadas e da evidência científica disponível, sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista e Mestre.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A constante transformação da sociedade e dos contextos de saúde coloca novos desafios à Enfermagem, exigindo dos profissionais uma postura crítica e reflexiva perante as situações que emergem na prática clínica. Torna-se, assim, fundamental desenvolver uma compreensão cada vez mais fundamentada acerca das experiências vividas pela pessoa e no processo de saúde-doença. Sendo a Enfermagem um campo técnico-científico em permanente evolução, os seus profissionais são chamados a atualizar e desenvolver continuamente competências diferenciadas que lhes permitam responder de forma adequada à crescente complexidade das necessidades em cuidados de saúde (Marques et al., 2024).

Neste sentido, a prática reflexiva é fundamental para o desenvolvimento do EE, formando a base para uma aprendizagem contínua e o aprimoramento dos cuidados de saúde. Marques et al. (2024), referem que a prática reflexiva se assume como um elemento estruturante da Enfermagem, particularmente no processo de ensino e aprendizagem e no desenvolvimento de competências profissionais. Deste modo, a análise crítico-reflexiva constitui um instrumento essencial para a consolidação das competências do EE, contribuindo para a melhoria contínua e para a excelência dos cuidados. Tanner (2006), acrescenta que esta análise envolve a integração de conhecimento e experiência, sendo promovido através da reflexão orientada, com recurso a questões que estimulem a análise crítica e ao *feedback* imediato, a partir da prática clínica.

A importância de uma prática reflexiva tem sido amplamente reconhecida no decorrer do percurso da Enfermagem como disciplina, na medida em que possibilita compreender a própria prática, conferir significado às experiências vivenciadas e identificar padrões na atuação profissional (Patel & Metersky, 2022). Neste sentido, a prática reflexiva é descrita como uma estratégia que contribui para o desenvolvimento de conhecimentos e competências em enfermeiros com experiência clínica, apresentando potencial para melhorar a qualidade das práticas assistenciais e influenciar positivamente os resultados em saúde (Patel & Metersky,

2022). Sendo um processo fortemente condicionado pelo contexto em que ocorre, a prática reflexiva encontra-se em permanente evolução, exigindo um aperfeiçoamento contínuo para que o seu contributo para a prática de Enfermagem e para a construção do conhecimento profissional seja plenamente reconhecido e valorizado (Patel & Metersky, 2022). Assim, a adequada aplicação deste processo deve conduzir os enfermeiros a alimentar um processo contínuo de questionamento e partilha que sustente a construção de novo conhecimento e evidência científica sustentada.

Diante um cenário marcado por um desenvolvimento tecnológico em massa, novas exigências crescentes ao nível epidemiológico e ao nível da prática de cuidados humanizados, o desenvolvimento de competências ganha especial ênfase, não podendo ser traduzido apenas na aquisição de conteúdos teóricos e a sua articulação com a prática. Ao longo do tempo, a Enfermagem tem acompanhado esta evolução, afirmando-se como uma profissão que conjuga competência técnica, conhecimento científico e princípios éticos sólidos, sustentada por um processo permanente de desenvolvimento profissional (OE, 2001).

Neste sentido, o EE, é definido pela OE, como um “Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, (...) que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011a, p. 8648). Segundo o *International Council of Nursing* [ICN] (2020), este profissional detém conhecimentos e competências de Enfermagem avançados, com formação além do nível de enfermeiro generalista, demonstrando capacidade para tomar decisões clínicas complexas numa área específica e para adotar uma perspetiva centrada no sistema que contribua para a melhoria da prestação de cuidados nas organizações de saúde.

Estas competências não são passíveis de ser adquiridas ou desenvolvidas exclusivamente através da aquisição de novos conhecimentos ou competências técnicas, sendo imprescindível uma constante reflexão crítica com a introdução de paradigmas, onde se interliga a sistematização e estruturação do conhecimento e a prática diária (Benner et al., 2011; Meleis, 2012).

O conceito de competência é entendido como um constructo que integra simultaneamente uma dimensão objetiva, passível de ser avaliada e mensurada, e uma dimensão subjetiva, associada aos comportamentos e atitudes do indivíduo. Envolve aspetos como responsabilidade, autonomia, flexibilidade, iniciativa e capacidade de adaptação perante novas situações. Do ponto de vista conceptual, a competência resulta da articulação de diferentes tipos de saber — saber-ser, saber-fazer e saber-saber — mobilizando conhecimentos gerais e

específicos de natureza científica, técnica, ética e relacional, bem como competências e valores necessários à ação. Trata-se de um processo dinâmico e em constante construção, que se expressa na capacidade de agir e reagir adequadamente perante determinados contextos, situações e interações sociais. Assim, ser competente implica não apenas saber o que fazer, mas também reconhecer o momento oportuno para agir (Le Boterf, 2005; Marques et al., 2024).

Benner et al. (2011) descrevem competência como a capacidade de realizar intervenções de Enfermagem mobilizando e articulando conhecimentos, com o objetivo de alcançar resultados favoráveis nos cuidados prestados.

Intrínseco a este percurso, está a aquisição do grau de Mestre, que de acordo com o estipulado no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 157, de 16 de agosto de 2018, este título é atribuído a quem evidencie o cumprimento dos seguintes requisitos:

- 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 (AR, 2018, p.4162).

Com o objetivo de responder à necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo dos estágios clínicos, foi inicialmente elaborado um projeto de estágio, no qual se definiram objetivos e respetivas atividades a concretizar. Durante estes meses, foram registadas as vivências consideradas mais relevantes para este percurso formativo, procurando favorecer uma reflexão crítica, articulada com a evidência científica disponível, ao longo de todo o trajeto. Desta forma, pretendeu-se sustentar a consolidação das competências comuns e específicas do EE, tal como preconizado pela OE (OE, 2018; OE, 2019a), em articulação com as competências inerentes ao grau de Mestre previamente apresentadas (AR, 2018).

3.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE

As competências comuns do EE são entendidas como um conjunto de aptidões partilhadas por todos os profissionais desta categoria profissional, independentemente da área de especialidade exercida (OE, 2019a). Estas competências são evidenciadas pela sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, bem como pelo contributo efetivo para a prática especializada, abrangendo as áreas da formação, investigação e assessoria (OE, 2019a). Segundo o Regulamento n.º 140/2019, a sua estruturação assenta em quatro domínios, são eles: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

Torna-se, assim, necessário proceder a uma análise crítica, domínio a domínio, confrontando os referenciais normativos previamente descritos com as situações concretas experienciadas ao longo do estágio, mobilizando a evidência científica como suporte à argumentação e à demonstração da competência adquirida.

A. Competência no 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, 2019).

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 (AR, 2018)

A competência ética assume um lugar central na identidade profissional do enfermeiro, uma vez que a prestação de cuidados implica decisões morais constantes, em contextos frequentemente complexos e marcados pela vulnerabilidade da pessoa cuidada. Espera-se que o desenvolvimento de competências éticas seja um processo estruturado, que articule a reflexão crítica, o raciocínio moral e a responsabilidade profissional, de forma a garantir cuidados clinicamente competentes, seguros e moralmente responsáveis (Klotz et al., 2022).

A deontologia pode ser entendida como o conjunto de normas e princípios que orientam o exercício de uma determinada profissão, articulando dimensões éticas, morais e jurídicas. Estas orientações procuram definir as práticas consideradas adequadas ao exercício profissional, tendo em conta as especificidades da profissão e a sua adaptação às realidades e exigências de cada época (Nunes & Amaral, 2022). No caso das profissões sujeitas a regulamentação, o saber técnico especializado e as *legis artis*, ancoradas em princípios éticos e de qualidade, deixam de ser meras referências orientadoras para se constituírem como verdadeiras obrigações profissionais (Nunes & Amaral, 2022).

Para orientar a atuação com responsabilidade profissional, ética e legal, os códigos de ética e deontologia oferecem referenciais que traduzem valores, deveres e princípios de carácter obrigatório na prática diária. Em Portugal, cabe à OE a responsabilidade de regular o exercício profissional, integrando no seu estatuto o Código Deontológico do Enfermeiro [CDE], aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, e alterado pela Lei n.º 8/2024 de 19 de janeiro. Este código enuncia os princípios éticos que orientam a conduta dos enfermeiros no exercício da sua atividade, e valoriza princípios fundamentais como o respeito pela dignidade humana, a confidencialidade, a autonomia do paciente e a justiça na prestação de cuidados, destacando-se o seu artigo 99.º sobre os princípios gerais (AR, 2024).

Paralelamente, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, concretiza o enquadramento normativo que operacionaliza os princípios éticos na prática, explicitando direitos, deveres e limites de atuação e funcionando, assim, como complemento essencial do quadro deontológico da profissão. Este documento, garante uma prática profissional segura e eficaz, destacando e sublinhando o artigo 5.º, em que os cuidados de Enfermagem se caracterizam por “Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;” e “Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;” (MS, 1996 p. 2960). Neste sentido, a deontologia de uma profissão assume-se como a representação da articulação entre a prática profissional e os deveres éticos que dela emergem, refletindo o seu compromisso com o bem comum (Nunes, 2011).

Ao longo dos estágios clínicos tornou-se evidente a forma como a equipa de Enfermagem respeita a dignidade e a fragilidade da PSC, organizando o trabalho de modo rigoroso, em respeito pela sua autonomia e inter-dependência, por forma a garantir respostas eficazes e eficientes, em consonância com a responsabilidade profissional, ética e legal que assume.

Compete ao EE assegurar a prestação de cuidados de Enfermagem seguros, profissionais e eticamente orientados, mobilizando competências de tomada de decisão ética e deontológica. Esta atuação deve assentar na responsabilidade profissional, na avaliação das melhores práticas e no respeito pelos direitos e pela dignidade da pessoa (OE, 2019a).

Neste sentido, a abordagem curricular através da UC Ética e Deontologia em Enfermagem, serviu de ponto de partida estruturante para o desenvolvimento da identidade profissional, enquanto EE, com a revisão e discussão dos documentos supracitados. Após esta fase teórica, tornou-se fundamental integrar estes referenciais na prática clínica, articulando-os com as situações reais de cuidados e sustentando neles a tomada de decisão.

Lidar com situações clínica e eticamente complexas faz parte do quotidiano dos cuidados à PSC, o que torna a prática reflexiva um eixo indispensável do exercício profissional, nos domínios ético e legal. São exemplo disso, as reflexões diárias sobre os limites terapêuticos e a obstinação terapêutica, num contexto marcado por rápida evolução tecnológica e por sucessivas inovações diagnósticas e terapêuticas, configurando-se no aumento da longevidade. Esta realidade tem conduzido à criação de expectativas irreais, podendo contribuir para o aumento da obstinação terapêutica [OT] ou mesmo da futilidade médica.

As UCI constituem contextos altamente diferenciados e estruturados, orientados para a prestação de cuidados à PSC. Beneficiando de equipas multidisciplinares especificamente vocacionadas, de extensa capacidade de monitorização e de diversos modos de suporte das

funções orgânicas, tornando possível o cuidado de pessoas com quadros clínicos de grande complexidade. Todavia, mesmo perante esta ampla dotação de meios, subsistem situações de extrema fragilidade e irreversibilidade que não podem ser modificadas, ainda que neste tipo de ambiente altamente especializado. Nestas circunstâncias, a incerteza associada à evolução clínica pode dificultar a definição do prognóstico e dar origem a dilemas éticos complexos no processo de tomada de decisão (Vieira et al., 2021).

Apesar da evolução verificada nas últimas décadas na compreensão do fenómeno da futilidade em cuidados intensivos, a sua identificação na prática clínica permanece um processo particularmente sensível. Esta dificuldade prende-se com o facto de, frequentemente, emergirem questões para as quais não existem respostas claras ou inequívocas (Vieira et al., 2024), o que pode originar situações de natureza dilemática no seio das equipas multidisciplinares. Nestas situações, a tomada de decisão fundamentada deve assentar numa análise cuidadosa dos princípios éticos que orientam a prática clínica, bem como na ponderação de benefícios e potenciais danos das intervenções propostas, centrada na pessoa e nos seus valores.

Recentemente, em Portugal, Vieira et al. (2025), desenvolveram um estudo com o objetivo de analisar a frequência da implementação de intervenções de Enfermagem fúteis, nos cuidados ao doente crítico, no âmbito da sua autonomia e inter-dependência. No que concerne a perceção dos enfermeiros relativamente à implementação de intervenções fúteis em doentes críticos internados em UCI, mais de 88% dos profissionais referem a realização de intervenções fúteis em situações de elevada irreversibilidade pelo menos ocasionalmente (Vieira et al., 2024). Os contextos de cuidados críticos caracterizam-se por elevados níveis de exigência emocional e profissional, podendo expor os enfermeiros a experiências de sofrimento moral. Em particular, a realização de intervenções de Enfermagem fúteis, pode intensificar esse sofrimento, com potenciais repercussões na qualidade dos cuidados prestados (Vieira et al., 2024).

Durante os estágios, existiu uma preocupação em fundamentar a prestação de cuidados nos pressupostos éticos e deontológicos que regem a Enfermagem, centrando os cuidados na pessoa que é cuidada e no que a envolve, a família. A participação em reuniões multidisciplinares, onde se discutiram decisões relacionadas com o fim de vida, limitação terapêutica e suspensão de suporte vital devidamente fundamentadas, revelou-se particularmente relevante para a aprendizagem e reflexão. Estes momentos foram cruciais para compreendermos os desafios éticos envolvidos, bem como o impacto do sofrimento moral nos profissionais de Enfermagem, contribuindo, simultaneamente, para o desenvolvimento da competência em análise. Um exemplo disso, foi a prestação de cuidados a uma PSC em choque séptico refratário, sem sinais

de melhoria clínica após a instituição e a otimização de todas as medidas terapêuticas preconizadas, durante um período superior a 48 horas, mantendo instabilidade hemodinâmica marcada e progressão da disfunção multiorgânica. Configurando-se numa situação em que a probabilidade de reversão do quadro era extremamente reduzida. Foi possível reconhecer o papel central do enfermeiro como elemento facilitador na interação entre equipa médica, PSC e família/comunidade, salientando-se o seu propósito maior pela defesa dos direitos do doente, através da preservação da sua autonomia e dignidade, visto que “as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (OE, 2015b, p.80).

Sem menosprezar os restantes postulados presentes no CDE e REPE, de destacar o artigo 103º, referente aos direitos à vida e à qualidade de vida, uma vez que, em situações como a previamente descrita, a continuidade de intervenções invasivas pode assumir contornos de OT, na medida em que os recursos existentes nestas unidades permitem, quase que indefinidamente, a manutenção das funções vitais. Na nossa prática de cuidados, enquadrámos igualmente a preocupação com a liberdade e a dignidade humana (artigo 99.º), os valores humanos (artigo 102.º), assegurando a aplicação dos princípios da bioética na prática clínica.

Estas situações remetem igualmente para a reflexão sobre bioética em saúde, particularmente o modelo dos quatro princípios proposto por Beauchamp e Childress: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Beauchamp & Childress, 2019). Nomeadamente, o princípio da beneficência pressupõe que o profissional de saúde oriente a sua atuação para a promoção do bem do doente, aplicando os seus conhecimentos com o propósito de prevenir, aliviar ou reduzir possíveis danos (Beauchamp & Childress, 2019). A aplicação destes princípios torna-se particularmente relevante em contextos de elevada complexidade, onde é fundamental ponderar os benefícios e riscos das intervenções.

Ainda neste caso, conseguimos entender que a componente de interdependência presente em parte da ação de Enfermagem, no trabalho colaborativo com outros profissionais das equipas de saúde em prol da PSC e da sua família/comunidade, pode também conduzir a divergências entre os profissionais relativamente às indicações terapêuticas e aos planos de cuidados, o que poderá resultar na adoção de intervenções pouco ajustadas à promoção de um fim de vida digno.

Não obstante o anteriormente exposto, foi possível constatar que o trabalho em equipa constituía uma mais-valia, na medida em que os limites das competências de cada profissional eram respeitados, fazendo parte da prática diária o envolvimento dos enfermeiros nas reuniões multidisciplinares, nomeadamente, em situações de irreversibilidade ou fim de vida. O artigo

112.º do CDE reforça que este respeito é essencial para a promoção de um ambiente de cooperação e, consequentemente, de segurança clínica (OE, 2015b).

Ao mesmo tempo, a relação estabelecida com a PSC e a sua família/comunidade revelou-se também um contexto onde emergiram desafios de natureza ética, particularmente em momentos que exigiam a transmissão de informação sensível ou comunicação de más notícias. Nestas circunstâncias, foi imprescindível garantir o respeito pela autonomia da pessoa, adequar a forma como a comunicação era realizada e criar um ambiente que favorecesse a partilha e a compreensão da informação. Neste sentido, o CDE reforça a importância do dever de informação, consagrado no artigo 105.º, bem como da humanização de cuidados, previsto no artigo 110.º, salientando a necessidade de prestar cuidados que respeitem a dignidade, os valores e a individualidade da pessoa (OE, 2015b).

A consulta aprofundada da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (União Europeia, 2000) e da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (Nações Unidas, 2017) revelou-se igualmente determinante para o desenvolvimento da competência da responsabilidade profissional, legal e ética, ao reforçar a centralidade da dignidade humana, da proteção dos direitos fundamentais e do direito à saúde como pilares orientadores da prática de cuidados. Estes documentos representaram, sem dúvida, um avanço decisivo no reconhecimento da dignidade e da liberdade de cada pessoa, consagrando um conjunto de direitos fundamentais que não podem ser renunciados nem suprimidos.

No decorrer do período teórico da UC de Ética e Deontologia em Enfermagem, aprofundámos a reflexão sobre o princípio bioético da autonomia, em particular sobre a perda de autonomia, através da elaboração de um ensaio de ética acerca das diretivas antecipadas de vontade [DAV], configurando uma abordagem centrada na preservação da autonomia em tempo útil. Esta reflexão decorre da consolidação da experiência profissional na prestação de cuidados à PSC e foi transportada para a realidade dos estágios, evidenciando a necessidade de colmatar lacunas na compreensão e no respeito pelo princípio da autonomia em situações em que a pessoa já não dispõe das suas capacidades cognitivas para decidir e expressar a sua vontade (Santos & Cerqueira, 2022). Segundo Nunes (2016), "a DAV é a expressão da proteção da liberdade e da autonomia da pessoa, de uma pessoa informada" (p. 106). Na perspetiva de Beauchamp e Childress (2019), o princípio da autonomia traduz-se no reconhecimento do direito da pessoa de ser ativo nas decisões sobre a sua saúde, pressupondo que dispõe de capacidade para compreender a informação e avaliar as implicações das diferentes opções terapêuticas.

Em Portugal, esta proteção da autonomia encontra enquadramento jurídico na Lei n.º 25/2012, que regula as DAV e o testamento vital, permitindo à pessoa maior e capaz de manifestar antecipadamente, de forma livre, consciente e esclarecida, os cuidados de saúde que deseja ou não deseja receber caso se encontre incapaz de expressar a sua vontade. De igual modo, a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, base 2, consagra o direito da pessoa a ser devidamente informada e a decidir de forma livre sobre os cuidados que lhe são propostos, incluindo a possibilidade de emitir DAV e designar procurador de cuidados de saúde, reforçando assim o núcleo ético-jurídico da autonomia (AR, 2019). Este enquadramento articula-se com o CDE (OE, 2015b), que, no respeito pelo direito à autodeterminação, artigo 105.º, impõe o dever de informar, respeitar e promover o consentimento informado, bem como com o REPE, que sublinha o respeito pela escolha e autodeterminação da pessoa relativamente aos cuidados de Enfermagem (MS, 1996).

O SUP constituiu um contexto especialmente exigente, atendendo às suas características estruturais, com uma infraestrutura física que se revelou claramente insuficiente para a afluência de doentes verificada, rácios de enfermeiros desajustados, sobrecarga de trabalho associada a uma elevada rotatividade de admissões e transferências e exposição a múltiplos profissionais, o que torna “particularmente difícil proteger a informação e garantir a confidencialidade da informação clínica” (Nunes, 2015, p. 192), contribuindo para a secundarização da privacidade e da intimidade da pessoa cuidada. Brenner et al., (2024) evidenciam que, atualmente, a proteção da confidencialidade em contexto de SU enfrenta desafios acrescidos, que vão além das dificuldades associadas à sobrelotação e à proximidade física entre doentes. Os autores destacam o impacto do uso de redes sociais, dos sistemas eletrónicos de comunicação e registo clínico, bem como dos *layouts* abertos em que doentes e visitantes permanecem próximos uns dos outros. Estes fatores, em conjunto, aumentam consideravelmente o risco de violação da confidencialidade, tanto para os doentes quanto para os profissionais (Brenner et al., 2024). Acresce que estruturas deficitárias, aumentam o risco de exposição do corpo da pessoa alvo de cuidados, a outros, comprometendo a intimidade corporal e gerando desconforto e vulnerabilidade.

No âmbito da sua responsabilidade profissional, o enfermeiro reconhece a importância de proteger a informação relativa à pessoa a quem presta cuidados, responsabilidade esta consagrada no artigo 106.º do CDE, referente ao dever de sigilo. Em simultâneo, a prestação de cuidados deve atender à proteção da intimidade da pessoa, em conformidade com o artigo 107.º, que impõe o respeito pela intimidade, pela vida privada e pela privacidade da pessoa cuidada (OE, 2015b). Ao longo dos estágios, procurámos garantir o respeito pela dignidade da

pessoa cuidada, salvaguardando a sua privacidade através da utilização de cortinas e/ou biombos, mesmo durante a realização de procedimentos em contexto de UH/UCIC, UCIP e SU.

A oportunidade de realizar estágios em duas ULS distintas, associada às vivências de âmbito profissional na ULS onde desempenhamos funções, constituiu uma mais-valia significativa, permitindo a comparação e análise de diferentes realidades no contexto da saúde, nomeadamente no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde. A equidade no acesso aos cuidados de saúde é preconizada e definida na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Base 2, a qual estabelece que todas as pessoas têm direito “a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (AR, 2019, p.56). Em Portugal, embora nas últimas décadas tenham sido desenvolvidas diversas iniciativas para reforçar o carácter universal e inclusivo do SNS, ainda persistem disparidades significativas entre diferentes regiões e grupos populacionais (Barros & Simões, 2022).

A realização de estágios em diferentes contextos institucionais permitiu desenvolver uma visão mais crítica e fundamentada sobre esta problemática. A comparação entre a realidade na ULS onde desempenhamos funções, que tem uma vasta área geográfica, e os contextos observados durante os estágios realizados numa grande área metropolitana, evidenciou diferenças relevantes na organização dos cuidados, nomeadamente na disponibilidade de serviços altamente diferenciados de diagnóstico e tratamento e no acesso a um leque alargado de especialidades médicas e cirúrgicas. Em determinados contextos, a inexistência de algumas especialidades cirúrgicas condiciona a resposta a situações clínicas de carácter emergente, tornando necessária a transferência inter-hospitalar da pessoa doente. Esta necessidade foi evidenciada numa situação em que uma PSC apresentava uma patologia que exigia uma abordagem cirúrgica urgente, a qual não pôde ser realizada na ULS de origem, implicando a articulação entre instituições e a ativação de meios de emergência para transporte secundário, nomeadamente o helicóptero da Força Aérea Portuguesa, com todas as condicionantes logísticas, temporais e clínicas associadas. A observação desta realidade permitiu compreender a importância do princípio da justiça, refletindo-se na equidade no acesso aos cuidados de saúde, sem distinção na localização geográfica ou na condição socioeconómica da pessoa. (Beauchamp & Childress, 2019).

A realidade descrita, anteriormente, reforça a importância de refletir sobre as assimetrias em território nacional, tanto no que diz respeito ao acesso a cuidados especializados quanto ao seu impacto na equidade, na continuidade dos cuidados e nos resultados em saúde. Enquanto

futuros EE, esta experiência sublinha a importância do desenvolvimento de competências avançadas, da capacidade de adaptação a diferentes contextos e do envolvimento ativo na promoção de cuidados de qualidade, contribuindo para a melhoria contínua e para a redução das desigualdades no sistema de saúde.

A responsabilidade profissional, ética e legal na Enfermagem não se limita ao cumprimento de normas ou regulamentos institucionais, é um pilar estruturante na salvaguarda dos direitos da pessoa e na promoção de cuidados seguros e de qualidade (OE, 2019a). Diante disso, entende-se que o percurso formativo desenvolvido, aliado às experiências vivenciadas durante os estágios, foi fundamental para a consolidação destas dimensões. Este processo permitiu aprofundar a compreensão da responsabilidade ética, legal e profissional inerente ao exercício da profissão, promovendo simultaneamente o desenvolvimento da competência em análise.

Importa salientar que, ao longo da elaboração deste relatório, foram respeitados os princípios da integridade académica, garantindo a adequada citação e referenciação das fontes utilizadas, bem como a fidelidade às ideias dos respetivos autores (Nunes, 2011).

B. Competência no 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, 2019).

Competência 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; **e)** Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (AR, 2018).

A qualidade em saúde é um conceito multidimensional, incluindo a acessibilidade e a equidade dos cuidados, o nível de competência profissional, a utilização responsável dos recursos, a eficiência e a eficácia das intervenções, mantendo a pessoa no centro dos cuidados, através da valorização da sua satisfação e participação nos cuidados. Deste modo, torna-se evidente que qualidade e segurança são conceitos indissociáveis, constituindo um requisito fundamental para garantir a sustentabilidade do SNS.

A procura por níveis cada vez mais elevados de qualidade e segurança na saúde nas instituições de saúde, leva as organizações internacionais a recomendar a implementação, avaliação e monitorização sistemática de práticas que promovam mudança nos comportamentos dos profissionais, com o objetivo de melhorar o desempenho global das organizações de saúde (Faria & Sousa, 2022). Assim, a qualidade e a segurança no sistema de saúde podem ser entendidas como uma exigência ética, na medida em que permitem reduzir riscos evitáveis e promover um melhor acesso aos cuidados, orientar de forma criteriosa as opções de inovação e garantir maior equidade e respeito na forma como os cuidados são prestados (MS, 2015).

Como discutido previamente no ponto 1.3, reconhece-se que a prática profissional de Enfermagem está intimamente relacionada com a qualidade dos cuidados de saúde e com a segurança da pessoa, assumindo a prática especializada um papel particularmente relevante, sobretudo pelo reconhecimento da sua competência no domínio da melhoria contínua da qualidade. Segundo o *American Association of Colleges of Nursing* (2021), pela combinação de saberes técnicos e dos princípios éticos que orientam a sua atuação, os enfermeiros detêm uma posição privilegiada para assumir a liderança, ou corresponsabilizar-se, em equipas dedicadas à melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados. Neste enquadramento, a intervenção da OE materializa-se na definição de referenciais e normativos próprios que evidenciam a sua preocupação com este construto, nomeadamente através da definição de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001). Paralelamente, os Padrões de Qualidade dos Cuidados do EE em EMC-PSC explicitam as expectativas colocadas no EE, na sua atuação em cenários de crescente exigência, diversidade e complexidade das situações em saúde (OE, 2015a).

A construção desta competência assentou num investimento contínuo na atualização de conhecimentos, recorrendo de forma sistemática à pesquisa e revisão da literatura mais recente, de modo a sustentar a prática em pressupostos de PBE, que constitui o referencial teórico deste documento. Simultaneamente, em cada contexto de estágio, foi considerado imprescindível o recurso aos protocolos institucionais e às normas de procedimentos de Enfermagem, ajustados às especificidades de cada área, como suporte à tomada de decisão clínica e à prestação de cuidados seguros e de qualidade. Estes documentos, são fundamentados na evidência científica sendo, objeto de revisões sistemáticas e monitorização da sua implementação através de auditorias.

O EE orientador assumiu um papel determinante, ao promover o nosso desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional, através de uma prática reflexiva e sistemática sobre a prestação de cuidados, centrada na monitorização da qualidade e da segurança dos cuidados.

Nesse sentido, incentivou a participação ativa em processos de auditoria, no acompanhamento de indicadores e na análise crítica dos resultados, fortalecendo a integração da PBE na avaliação contínua da prática clínica e contribuindo para a criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros. Paralelamente, de destacar o EE orientador da UCIP, que nos ajudou a reconhecer que a qualidade dos cuidados de Enfermagem só se torna plenamente visível quando os resultados são traduzidos em indicadores mensuráveis, sensíveis às intervenções de Enfermagem, permitindo evidenciar o contributo específico da profissão, identificar oportunidades de melhoria e sustentar decisões clínicas e de gestão alinhadas com a segurança da pessoa. A OE (2023) reforça esta visão, afirmando que para reforçar a identidade própria da Enfermagem e os seus contributos específicos nos ganhos em saúde da população, torna-se imprescindível desenvolver indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem e proceder à sua definição diferenciada para cada área de especialidade.

Reconhecer o envolvimento das equipas de Enfermagem na avaliação das práticas de cuidados e na conquista de níveis de excelência traduz o entendimento destes profissionais quanto à importância e ao impacto da qualidade e da segurança dos cuidados (Sérgio et al., 2023).

Na área da saúde, a existência de variação nas práticas entre profissionais é um dado incontornável. Neste contexto, a auditoria emerge como uma prática recomendada e um instrumento privilegiado para confirmar resultados positivos ou, em alternativa, sinalizar oportunidades de melhoria e reajustar o percurso em termos de segurança, com vista à elevação contínua da qualidade dos cuidados (Barroso & Ramos, 2021). A auditoria clínica constitui, assim, um elemento central da governação clínica, integrando um conjunto de estratégias que as instituições de saúde devem implementar para assegurar elevados padrões de qualidade e responsabilização (Bernardino & Bernardino, 2025).

As auditorias clínicas podem ser entendidas como um processo sistemático e estruturado de análise entre pares, que visa verificar em que medida os cuidados prestados se alinham com a melhor evidência disponível e com as práticas consideradas de referência. De forma cíclica, permitem identificar oportunidades de melhoria, aplicar ações corretivas e reavaliar a prática, constituindo um mecanismo de melhoria contínua da qualidade (Bernardino & Bernardino, 2025). Esta lógica de ciclo de avaliação, intervenção e nova avaliação aproxima-se do que é preconizado no MMPBE de June Larrabee, em que a identificação de um problema, a síntese da evidência, a implementação da mudança e a avaliação dos resultados se encadeiam num processo sistemático orientado para a melhoria da qualidade dos cuidados (Larrabee, 2011).

Esta abordagem assenta em metodologias como o ciclo *Plan Do Check Act* [PDCA], que é amplamente usado na gestão da qualidade. Na fase *Plan*, são identificadas as necessidades de melhoria, envolvendo a recolha e análise de dados para identificar os problemas existentes e as causas associadas. Seguidamente, na etapa *Do*, são implementadas as ações planeadas, de forma controlada e documentada. Posteriormente, na fase *Check*, procede-se à avaliação dos resultados obtidos, com o objetivo de verificar se as mudanças introduzidas produziram o impacto desejado. Por fim, na fase do *Act*, são tomadas decisões com base nos resultados da fase anterior: quando os resultados são positivos, as novas práticas podem ser padronizadas e disseminadas por toda a organização. Assim é possível, proceder a ajustes necessários e o ciclo PDCA é reiniciado, promovendo uma cultura de melhoria contínua (Alves et al., 2024).

Durante o estágio, tivemos oportunidade de integrar a realização de auditorias enquadradas no plano anual do UL-PPCIRA da ULS A, incidindo sobre a higienização das mãos, realizadas a diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, às estruturas de apoio à higiene das mãos e a utilização, o manuseamento e a manutenção de dispositivos invasivos, enquanto componentes essenciais do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA]. A participação nestas auditorias permitiu-nos perceber, de forma muito concreta, a importância de olhar para a prática com antecipação, identificando precocemente fragilidades, reforçando boas práticas e garantindo que as diversas decisões que tomamos devem ser apoiadas em dados objetivos e em conhecimento científico atualizado. No entanto, Bernardino & Bernardino (2025), identificaram no seu estudo que apesar do impacto positivo da realização de auditorias, a ausência de *feedback* eficaz e de diferentes formas de reforçar o *feedback*, bem como, a falta de divulgação dos resultados, podem potenciar a desmotivação dos colaboradores da organização, desviando a atenção do propósito principal, a promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Exposto isto, entendemos que o EE assume um papel chave na promoção de momentos de devolução estruturados, no esclarecimento de dúvidas, no reconhecimento das boas práticas e no envolvimento dos restantes elementos da equipa de Enfermagem na definição de ações de melhoria. Assim, o EE cria um ambiente que estimula a excelência dos cuidados, através da inovação e do aperfeiçoamento contínuo.

Nas instituições de saúde onde a realização de auditorias internas já está profundamente enraizada, os processos de auditoria externa por meio de acreditações ou certificações obtidas por entidades, ganham particular relevo (Bernardino & Bernardino, 2025). É o caso da ULS-B, que possui acreditação da *Caspe Healthcare Knowledge Systems*, mantendo-a através de sucessivos ciclos de recertificação. Esta acreditação representa o compromisso da ULS, desde os diferentes níveis de gestão até aos profissionais que asseguram a prestação de cuidados e o

apoio operacional, com os princípios de liderança e gestão organizacional, risco e segurança e cuidados de saúde centrados na pessoa (Esteves & Pinto, 2021). Estes aspetos organizacionais, estão interligados com o MMPBE de June Larrabee, uma vez que pressupõem a identificação de problemas, a análise crítica da prática, a implementação de intervenções de melhoria e a avaliação dos resultados, fomentando uma cultura de aprendizagem contínua e de responsabilização pelos cuidados prestados (Larrabee, 2011).

Durante os diferentes momentos de estágio, tivemos igualmente a oportunidade de colaborar ativamente noutras auditorias realizadas como aos carros de emergência, a verificação das *checklist* da sala de hemodinâmica, de reanimação, das malas de abordagem utilizadas nas VV e de transporte intrahospitalar. Ao mesmo tempo, foi fundamental a familiarização com as normas e protocolos em vigor em cada um dos contextos de estágio, como base para uma participação informada, reflexiva e crítica nos processos monitorização da qualidade e segurança dos cuidados. As normas constituem referenciais de boa prática, definidos por peritos independentes com base na melhor evidência disponível e visam promover cuidados mais seguros, atempados, humanizados e centrados na pessoa (DGS, s.d.). Nesta linha, a implementação de protocolos e orientações assentes em boas práticas assumem-se como fundamentais na prevenção de complicações associadas a quadros clínicos agudos ou crónicos, assim como aos processos médicos e cirúrgicos de elevada complexidade, em consonância com os padrões de qualidade definidos para os cuidados especializados (OE, 2015a).

No decorrer deste percurso, a interação com os EE orientadores, consolidou a nossa visão sobre o seu papel, levando-nos a reconhecê-los como agentes impulsionadores da mudança das práticas clínicas e na transição para a implementação de cuidados suportados na evidência científica.

Em articulação com o EE orientador da UCIP da ULS-B, e a partir da comparação entre o contexto onde exercemos a nossa *praxis* profissional e o cenário vivenciado em estágio, emergiu, assim, uma oportunidade de melhoria, centrada numa área sensível da prestação de cuidados de Enfermagem e coerente com o tema deste projeto. Reconhecendo que a eliminação total do erro em saúde é uma meta inatingível, os nossos esforços, enquanto profissão com grande expressão nos sistemas de saúde e detentora de autonomia profissional, deve centrar-se na redução máxima da probabilidade de ocorrência de erro. A partir da comparação das realidades e da observação das práticas de Enfermagem, foram identificadas fragilidades numa área sensível da prestação de cuidados e uma maior suscetibilidade à ocorrência de erro, associada à identificação da medicação intravenosa [IV] na UCIP. Simultaneamente, efetuámos uma pesquisa de evidência científica e uma consulta dos documentos normativos da instituição,

de modo a enriquecer o enquadramento teórico da problemática identificada, clarificar as recomendações existentes e sustentar a definição da intervenção proposta.

Posteriormente, partilhámos os resultados da pesquisa com a EE orientadora, que incentivou à realização de observações para confrontar as indicações mais recentes sobre a temática com a prática diária. Esta iniciativa está alinhada com as competências do EE, que devem “avaliar a qualidade das práticas clínicas” e, com base nos resultados obtidos, “identificar oportunidades de melhoria” (OE, 2019a, p. 4747). Para conduzir as observações, foi criada uma grelha com base nos procedimentos multissetoriais em vigor da ULS-B, assegurando alinhamento com os itens e práticas preconizadas nesses documentos. Nessa grelha foram avaliados itens referentes à legibilidade da rotulagem da medicação IV em perfusão, à identificação de prolongamentos intravenosos em múltiplas perfusões contínuas administradas em via central venosa ou em via periférica venosa, e a utilização correta dos dispositivos eletrónicos de perfusão. De entre os itens analisados, verificámos discordâncias, face à correta identificação dos medicamentos de alta vigilância [MAV], medicamentos de alerta máximo [MAM] e medicamentos *Look-alike Sound-alike* [LASA], à inexistência da identificação dos prolongamentos IV's da medicação em perfusão e discrepâncias na correta identificação nos dispositivos eletrónicos de perfusão dos consumíveis em uso, nomeadamente nas seringas perfusoras.

Estes dados tornam-se relevantes uma vez que, segundo a *Institute for Safe Medication Practices* ([ISMP], 2024), dentro da terapêutica endovenosa, os MAV assumem especial relevância, uma vez que os erros associados à sua utilização não são necessariamente mais frequentes, mas apresentam maior probabilidade de resultar em dano grave ou fatal. Em Portugal, esta preocupação encontra-se refletida na Norma n.º 008/2023 da DGS (2023a), que estabelece orientações para a utilização segura de MAM e MAV, sendo exemplos disso, os medicamentos englobados nos grupos dos agonistas adrenérgicos IV, opióides IV, medicamentos para sedação IV, entre outros. Em termos institucionais, está definido para a identificação da medicação IV a utilização de etiquetas amarelas e vermelhas, sendo esta última para uso na presença de um MAM ou MAV, não se verificando concordância com este aspeto nas perfusões IV de propofol e fentanil.

No que respeita, a identificação dos prolongamentos, esta era uma prática que ainda não se encontrava integrada de forma sistemática na prática clínica da UCIP. Contudo, enquanto medida de segurança, esta intervenção está prevista e preconizada nos procedimentos multissetoriais da ULS-B. Concomitantemente, a ISPM (2020), Nunes et al. (2022) e Nunes et al. (2024), reconhecem que a identificação das linhas de perfusão associados à metodologia

ColorAdd® permite a identificação correta e rápida da medicação em perfusão, reduz o tempo necessário para a descrição global dos fármacos e das linhas, melhora a identificação de erros de ligação entre seringas/bombas e linhas IV e possibilita a sinalização de vias exclusivas para medicamentos considerados de alto risco, evitando manuseamentos ou *flushes* inadequados.

As discrepâncias na correta identificação nos dispositivos eletrónicos de perfusão dos consumíveis em uso, nomeadamente nas seringas perfusoras, e a utilização de consumíveis não adequados, podem comprometer a precisão da perfusão de uma solução, existindo discrepâncias até 20% face ao volume programado (Kuitunen, S. et al., 2020 & Miler D.J. et al., 2025).

Face ao que foi evidenciado anteriormente fomos conduzidos à realização de uma proposta de instrução de trabalho sobre a identificação da medicação IV, com o intuito de “agilizar a elaboração de guias orientadores de boa prática”, como definido pela OE (2019a, p. 4747). Pretendemos alcançar a uniformização de procedimentos na identificação de medicamentos IV em perfusão contínua e intermitente, após a sua correta preparação/reconstituição (Apêndice A).

Por fim, realizámos a apresentação de uma formação com o tema “Identificação do medicamento intravenoso como estratégia de segurança no doente crítico”. Esta formação teve como objetivos gerais: contribuir para a melhoria da segurança do doente crítico; e promover a reflexão da equipa sobre a prevenção de eventos adversos associados à medicação, e objetivos específicos: contextualizar a relevância da temática; apresentar os principais resultados de observações à segurança da medicação intravenosa; e divulgar a proposta de instrução de trabalho (Apêndice B). Deste modo, e no exercício do papel que é atribuído ao EE no domínio da melhoria contínua da qualidade, procurámos assumir uma posição ativa na conceção e dinamização de iniciativas que contribuíssem para a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2019a). A criação de momentos que incentivem a reflexão sobre dificuldades e acontecimentos inesperados, permite aos enfermeiros aprofundar a compreensão da sua prática, favorecendo simultaneamente o desenvolvimento profissional e a promoção de ambientes terapêuticos seguros.

Referente à gestão do risco, é definido que o EE faça a “gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes” e atue “proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (OE, 2019a, p. 4747). Assim, durante o estágio da PSC, propusemo-nos a realizar dois dias de observação nos gabinetes de gestão de risco das ULS A e B, descritos no ponto 1.3 e 1.3.1, consultámos as plataformas informáticas existentes para a notificação de erros/incidentes

e eventos adversos. Estas plataformas possibilitam a notificação anónima ou não dos eventos/incidentes.

Dado que o SUP constitui um ambiente, particularmente, propenso à ocorrência de incidentes e eventos adversos, face ao grande volume de utentes, à complexidade dos casos clínicos, às restrições de tempo, à permanência prolongada das pessoas (OMS, 2024), tornou-se evidente a pertinência de desenvolver uma ação de formação dirigida à equipa de Enfermagem do SUP, centrada na reflexão e sensibilização para a importância da notificação de eventos adversos como estratégia essencial de melhoria contínua da qualidade e da segurança do doente crítico (Apêndice C).

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade, e reconhecida pela DGS (2022) como um dos pilares na segurança no PNSD, é a problemática de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde. A utilização da técnica ISBAR (*Identify* (identificação), *Situation* (situação atual), *Background* (antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (recomendações)), estrutura a comunicação clinicamente relevante em cinco componentes: identificação, situação, antecedentes, avaliação e recomendações, contribuindo para reduzir erros associados a falhas de transmissão de informação entre profissionais (DGS, 2017a). Enquanto ferramenta padronizada, favorece a organização e priorização dos dados clínicos, potenciando o pensamento crítico, a tomada de decisão e o trabalho em equipa, enquanto facilita a integração de novos elementos na equipa de saúde (Sousa et al., 2025). Apesar de ser uma metodologia com o seu nível de importância reconhecido, incluindo no contexto de cuidados à PSC, e estar amplamente disseminado nos diferentes locais de estágio, constatámos que a sua utilização não era transversal a todos os enfermeiros, remetendo-se à preferência individual.

Sousa et al. (2025), afirmam que a falta de treino e formação específica, são condicionantes à utilização da metodologia ISBAR, sendo crucial investir na capacitação dos profissionais para superar estas dificuldades.

Por fim, torna-se evidente que investir de forma sistemática na melhoria da qualidade, apoiando-a em liderança, cooperação, aprendizagem, motivação e numa gestão rigorosa de processos e do risco, orientada por transparência e responsabilidade social, contribui para aumentar a satisfação das pessoas, nomeadamente da PSC, e produzir ganhos concretos em saúde (Bernardino & Bernardino, 2025). Neste enquadramento, Patrician et al. (2024) sublinham que as organizações de saúde desempenham um papel decisivo ao promoverem o envolvimento dos enfermeiros, nomeadamente através da concessão de maior autonomia, do envolvimento em comissões de qualidade, da atribuição de responsabilidades em projetos de melhoria contínua e da garantia de oportunidades de educação/formação permanente, o que se

associa a melhores resultados em indicadores de qualidade e segurança. O mesmo autor enfatiza ainda que o contributo do EE para a qualidade e segurança dos cuidados não se esgota na sua qualificação individual ou nas orientações normativas, dependendo de forma marcada das características e da cultura da organização onde exerce (Patrician et al., 2024).

Destacamos a participação no *webinar* “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da teoria à prática”, promovido pela OE, que permitiu refletir sobre a relevância dos padrões de qualidade no contexto atual da prática de Enfermagem. A abordagem às ferramentas de implementação e operacionalização da melhoria contínua dos cuidados, aliada à apresentação de estudos de caso, possibilitou compreender de forma mais concreta o impacto destes referenciais na melhoria da prática clínica e na promoção da excelência dos cuidados de Enfermagem.

Face à fundamentação exposta, consideramos que as competências associadas ao Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade foram desenvolvidas e adquiridas ao longo do percurso formativo.

C. Competência no 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,2019).

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; **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 (AR, 2018)

A gestão dos cuidados e dos recursos é amplamente reconhecida como uma área integrante das competências e intervenções da Enfermagem. Esta inclui a elaboração de planos de cuidados ajustados às necessidades e condições das pessoas, o apoio e educação nos processos de transição, favorecendo a continuidade dos cuidados em diferentes contextos, bem como a implementação de intervenções dirigidas à promoção da saúde, prevenção da doença e fortalecimento da autonomia e capacitação das pessoas (OE, 2024).

O desenvolvimento das nossas capacidades na área da gestão foi-se construindo ao longo do percurso profissional de forma essencialmente informal, sustentado na experiência prática, na observação do contexto de trabalho e na resposta a situações pontuais. Trata-se de uma aprendizagem progressiva, muitas vezes motivada por oportunidades circunstanciais e não por um processo formativo contínuo e intencional, o que conduz a uma consolidação pouco sistematizada dessas competências. Apesar de ter sido realizada uma pós-graduação em gestão em saúde, esta incidiu predominantemente sobre dimensões organizacionais e administrativas dos serviços de saúde, não contemplando de forma específica a complexidade da gestão inerente ao exercício do EE. Com efeito, a competência de gestão do EE, assume uma natureza distinta, profundamente integrada na prática clínica avançada e na gestão dos cuidados.

Neste sentido, os estágios constituíram um espaço privilegiado para um investimento consciente no aperfeiçoamento desta competência, promovendo uma reflexão crítica. A gestão dos cuidados, neste enquadramento, ultrapassa a mera organização de recursos ou funcionamento do serviço, assumindo-se como um eixo central na coordenação da equipa, na tomada de decisão clínica e na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC. Lemos et al. (2024), reforçam esta perspetiva, ao salientarem que não é possível dissociar a gestão de cuidados de Enfermagem da sua prestação, integrando liderança, gestão de recursos e negociação de conflitos face à necessidade de responder às exigências em constante transformação da pessoa e dos sistemas de saúde.

A OE (2019a), reconhece esta competência ao estabelecer que cabe ao EE realizar “a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”, bem como adequar “os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748). Neste enquadramento, o acompanhamento dos enfermeiros responsáveis de turno e, de forma mais particular na UH, da enfermeira gestora, constituiu uma oportunidade relevante para analisar como os estilos de liderança influenciam a organização do trabalho, a dinâmica das equipas e a tomada de decisão na prática diária. O exercício da liderança em Enfermagem, revela-se essencial para o funcionamento das equipas, influenciando a organização do trabalho e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados (Hanzel & Faveri, 2024).

A liderança clínica e moral assenta em múltiplos fatores, nomeadamente, no conhecimento científico, na experiência, na conduta profissional, na capacidade de escuta ativa, na valorização dos membros da equipa e na monitorização da qualidade dos cuidados (Benner et al., 2011). Por sua vez, Hanzel e Faveri (2024) referem que os líderes mais eficazes são aqueles que

demonstram flexibilidade na adoção de diferentes estilos de liderança, ajustando a sua atuação às necessidades da organização e às características dos profissionais que integram a equipa. Neste entendimento, cabe ao EE em EMC-PSC, “adaptar o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (OE, 2019, p.4749).

Adjacente à capacidade de liderar uma equipa, tornou-se evidente a importância da adoção de estratégias de comunicação eficazes. Neste âmbito, os enfermeiros orientadores demonstraram particular atenção à promoção de uma comunicação assertiva e à gestão de conflitos, valorizando aspetos como o envolvimento da equipa, a motivação dos profissionais e a interajuda. Através da promoção de uma comunicação eficaz dentro das equipas, os EE contribuem para o alcance de objetivos comuns, bem como a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e da inovação em saúde (Sousa et al. 2022).

Paralelamente, a evidência diz-nos que os ambientes de trabalho estão intimamente relacionados com a qualidade dos cuidados (Sousa et al., 2022). A promoção de ambientes de trabalho favoráveis em Enfermagem constitui uma estratégia fundamental para a melhoria das condições em que os enfermeiros desenvolvem a sua prática profissional, repercutindo-se na qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, torna-se essencial investir no reforço e qualificação dos recursos humanos em Enfermagem, bem como na melhoria dos modelos de gestão, da cultura organizacional e das oportunidades de desenvolvimento e formação profissional (Carvalho & Lucas, 2020).

Um ambiente de trabalho adequado favorece a implementação de práticas sustentadas na evidência científica, centradas na pessoa, na família e nos profissionais de saúde, assegurando simultaneamente condições laborais e cargas horárias ajustadas às exigências das funções desempenhadas (ICN, 2020). Neste sentido, o EE deve “fomentar um ambiente positivo e favorável à prática” (OE, 2019a, p.4749).

A promoção deste ambiente encontra-se intimamente relacionada com a gestão adequada dos cuidados e dos recursos disponíveis. Assim, a OE reconhece esta responsabilidade, ao estabelecer que no âmbito da gestão de cuidados, o EE deve adequar os recursos às necessidades de cuidados da pessoa (OE, 2019a). Neste contexto, torna-se fundamental proceder a uma adequada organização da equipa de Enfermagem, valorizando a experiência, a diferenciação profissional e as competências de cada elemento, de forma a assegurar que os cuidados prestados correspondam à complexidade e às necessidades das pessoas cuidadas.

No SUP, verificámos que os enfermeiros responsáveis de turno e chefia de equipa, são na íntegra EE, aos quais compete “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de

cuidados" (OE, 2019a, p.4745), embora, nem sempre correspondem à área de especialização em EMC-PSC, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019b). Esta função é exercida em estreita articulação com o enfermeiro gestor e, na sua ausência, revelando autonomia na condução do turno, por forma a garantir a continuidade e a eficiência dos cuidados.

A aplicação plena deste regulamento tornou-se um desafio, face à imprevisibilidade inerente ao SU, em momentos de elevado número de admissões e de superlotação. Exemplo disso, foi um turno em que se verificou um pico de afluência ao SUP, com um total de 90 pessoas em contexto do serviço de urgência, acrescentando a este número, encontravam-se 45 pessoas em processo de internamento, com ambulâncias retidas por cedência de macas ao SUP, ultrapassando significativamente a capacidade da equipa. Podemos analisar que situações como estas, colocam desafios acrescidos ao EE, exigindo uma atuação dinâmica e uma tomada de decisão fundamentada. O EE deve implementar estratégias que permitam manter a segurança do doente mesmo em contextos de elevada pressão assistencial (Santos et al., 2026). Destacamos, neste sentido, o dinamismo e a capacidade de antecipação da EE orientadora, através da implementação estratégias, nomeadamente, ao nível da gestão da equipa, da articulação com outros profissionais e serviços, com o intuito de otimizar fluxos e garantir a continuidade dos cuidados. A ativação do plano de contingência por ocupação elevada, também se revelou particularmente relevante, este, prevê a transferência de doentes já admitidos para espaços temporários quando o serviço atinge o limite da sua capacidade, permitindo libertar áreas assistenciais e melhorar o fluxo de internamento (Santos et al., 2026). Estes tipos de protocolos estão associados à redução do tempo de permanência e do tempo de admissão, bem como à diminuição do bloqueio de acesso ao serviço de urgência e ao hospital (Santos et al., 2026). Paralelamente, evidenciámos a necessidade de priorização de cuidados com a constante reavaliação das prioridades, bem como, a prestação direta de cuidados em áreas diferenciadas, como a sala de emergência, posto de triagem e nas VV, mobilizando competências especializadas e privilegiando a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa. Situações como estas, onde existe uma sobrecarga das equipas, decorrentes da superlotação dos serviços de urgência colocam em causa a segurança dos doentes (Freitas et al., 2024).

Em complementaridade com estas situações, diariamente, após a passagem de turno a prioridade do enfermeiro chefe de equipa consiste na obtenção de uma visão global do funcionamento do serviço, para assegurar as condições adequadas para a prestação de cuidados. Este momento permite identificar necessidades de reorganização na equipa e definir prioridades. A gestão de recursos materiais e equipamentos é outra tarefa atribuída a estes

elementos, solicitando a reposição de material e reparação de equipamentos sempre que necessário, com o intuito de assegurar o adequado funcionamento do SUP.

Por fim, a organização da equipa para o turno seguinte constituía igualmente uma das responsabilidades do enfermeiro responsável. Acompanhar este processo permitiu-nos compreender que a distribuição dos profissionais é realizada tendo em consideração as competências, a experiência e a formação específica de cada elemento da equipa.

Na UCIP, a complexidade da condição clínica da PSC, exige uma gestão rigorosa dos cuidados e dos recursos disponíveis. A utilização de escalas como a TISS-28, constitui um dos principais instrumentos de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem em UCI, porém, como referido na caracterização deste contexto de estágio, a organização do trabalho era, maioritariamente, em detrimento da estrutura física. Contudo, o EE responsável de turno, nutria uma preocupação na adequação da alocação dos enfermeiros consoante as características da equipa, ajustando a distribuição da carga de trabalho sempre que se mostrasse necessário. A OE (2019a, p. 4748), reconhece como competência comum inerente à prática especializada que o EE “adequa os recursos às necessidades de cuidados”.

Na UCIC, a variabilidade das necessidades de vigilância da PSC e da complexidade clínica, constituíam frequentemente um desafio acrescido, particularmente quando se encontrava internado um maior número de PSC com nível III de necessidades de vigilância, monitorização e suporte de função vital. Nestes casos, os rácios de 1:3 nos turnos da tarde e da noite, encontravam-se desajustados, não permitindo dar resposta adequada às recomendações estabelecidas no Regulamento n.º 734/2019 (OE, 2019b). Perante esta realidade, tornava-se necessário recorrer a diferentes estratégias para uma gestão de cuidados, com o objetivo de ajustar a dotação de enfermeiros no turno e assegurar uma resposta adequada às necessidades da PSC, salvaguardando a qualidade e segurança dos cuidados.

Um exemplo ilustrativo ocorreu quando uma PSC internada na UCIC apresentou agravamento clínico, tornando necessária a referenciação para outra ULS de referência, para suporte com ECMO. A PSC foi submetida à canulação e, posteriormente, conectada ao ECMO na UCIC, pela equipa externa especializada. Perante este cenário, tornou-se necessário reorganizar a distribuição dos doentes e redefinir prioridades, assegurando, simultaneamente, a continuidade da vigilância e das intervenções essenciais a todos as PSC internadas. O trabalho de equipa revelou-se fundamental para garantir a segurança global dos cuidados prestados. Neste contexto, um dos enfermeiros do turno da manhã prolongou a sua permanência para assegurar uma melhor adequação da equipa às necessidades de cuidados naquele momento.

Importa refletir que em situações como a descrita, embora menos frequentes, evidenciam o papel do EE na otimização do “processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2019a, p.4748). Tal concretiza-se através da assessoria à equipa, da colaboração nas decisões partilhadas e da disponibilização de informação relevante que sustente o processo de cuidar (OE, 2019a).

Relativamente ao processo de delegação de atividades, procurámos intervir de forma participativa, assegurando o acompanhamento das tarefas atribuídas aos profissionais funcionalmente dependentes. Este processo implicou orientar, esclarecer e avaliar a execução das intervenções, tendo em consideração as competências e o nível de autonomia de cada elemento da equipa, com o objetivo de manter a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados. De acordo com o disposto no artigo 109.º do CDE, o enfermeiro mantém a responsabilidade pelas atividades que delega, devendo garantir a qualidade da sua execução e a continuidade dos cuidados (OE, 2015b). Neste âmbito, o EE pode recorrer a diferentes estratégias de supervisão, nomeadamente através da explicação, orientação ou demonstração prática das intervenções a realizar, acompanhando, posteriormente, a sua concretização e avaliando os resultados obtidos (OE, 2019a).

Perante o exposto, e considerando as limitações inerentes à condição de estudantes neste contexto, procurámos ainda assim adotar uma postura proativa neste domínio. Enquanto futuros EE, procurámos integrar estas observações e reflexões de forma a sustentar o desenvolvimento de uma liderança estruturada e orientada para a promoção de ambientes de prática de cuidados de qualidade, que valorizem os profissionais e, simultaneamente, garantam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Perante o exposto, consideramos que as competências associadas ao Domínio Gestão dos Cuidados foram, plenamente, desenvolvidas ao longo do percurso formativo.

D. Competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE,2019).

Competência 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; **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; **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 (AR, 2018)

O autoconhecimento resulta de um processo de reflexão sobre si próprio, envolvendo a capacidade de introspeção e de tomada de consciência das próprias características, valores e formas de agir (Phaneuf, 2005). Este processo assume-se como inerente ao desenvolvimento humano, sendo através de uma reflexão contínua que se promove o crescimento e a evolução, tanto no plano pessoal como profissional. A mesma autora destaca ainda que a autorreflexão e o reconhecimento das características da própria personalidade permitem compreender melhor quem somos, como atuamos e quais os aspetos que necessitam de ser desenvolvidos ou ajustados ao longo do percurso profissional.

Sob esta perspetiva, a OE (2019a) refere que o EE deve evidenciar capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que esta dimensão influencia o estabelecimento de relações terapêuticas e a interação com outros profissionais. Assim, valoriza-se a consciência de si próprio e da relação com o outro, considerando as especificidades dos contextos pessoais, profissionais e organizacionais em que a prática se desenvolve (OE, 2019a).

No processo de desenvolvimento profissional, a construção de um perfil de excelência requer a mobilização e integração de diferentes formas de conhecimento, que se vão consolidando a partir das experiências vividas (Marques et al., 2024). Neste sentido, o conhecimento e a competência profissional resultam de um processo dinâmico de aprendizagem, sustentado pela análise crítica das situações de cuidado e centrado nas necessidades da pessoa. Este processo envolve a capacidade de antecipar e planear a

intervenção, refletir durante a ação e analisar, posteriormente, os resultados obtidos, permitindo ainda projetar aprendizagens para contextos futuros de prática (Edwards cit. in Marques et al., 2024).

O desenvolvimento desta competência implicou um processo prévio de autoanálise, centrado na reflexão sobre atitudes, comportamentos e formas de atuação que poderiam influenciar a relação terapêutica com a PSC e a sua família, bem como a interação com a equipa multiprofissional. Tornou-se igualmente essencial reconhecer os próprios recursos e limitações, tanto a nível pessoal como profissional, uma vez que estes podem interferir no processo de cuidar. Ao longo dos estágios clínicos, procurámos promover momentos de reflexão e análise crítica sobre o percurso formativo, realizados em conjunto com os EE orientadores.

Neste sentido, a prática reflexiva assume um papel central no desenvolvimento profissional. Para que produza efeitos significativos, é fundamental que os enfermeiros reconheçam o seu caráter intencional, envolvendo a capacidade de identificar necessidades de aprendizagem, refletir sobre os próprios valores e analisar criticamente a sua prática profissional (Patel & Metersky, 2022).

O desenvolvimento das competências em análise assentou na integração entre o conhecimento científico da Enfermagem, as aprendizagens decorrentes da prática clínica e as experiências profissionais previamente adquiridas, mobilizando simultaneamente o juízo clínico na tomada de decisão. Esta articulação teve como propósito sustentar uma prática especializada orientada para a prestação de cuidados seguros, competentes e de elevada qualidade, suportada pela melhor evidência científica disponível. Ao longo dos estágios clínicos, foi privilegiada a consulta de literatura científica atual, incluindo conteúdos lecionados nas UC, nomeadamente a UC Projeto em EMC-PSC, a análise crítica de evidência recente e momentos de reflexão sobre a prática, procurando responder a dúvidas emergentes e colmatar necessidades de conhecimento identificadas durante o percurso formativo. Assim, o EE consolida “(...) os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019a, p. 4749).

Desde o início do percurso formativo, o desenvolvimento desta competência foi enquadrado pela realização de um projeto estruturado segundo a metodologia *project based learning*, que integrou a análise de competências e um processo de autodiagnóstico. Esta abordagem dinâmica favoreceu uma aprendizagem ativa, potenciando o pensamento crítico, a resolução de problemas e a articulação entre teoria, investigação e prática, orientando

intencionalmente o desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEEMC-PSC.

A experiência profissional, inicialmente em Unidade de Cuidados Intermédios [UCINT] e em UCI mostrou-se como um facilitador neste processo, atendendo ao conhecimento aprofundado adquirido relativamente à complexidade da PSC. As estratégias previamente mencionadas revelaram-se essenciais para o aperfeiçoamento do raciocínio clínico e sustentar uma PBE.

Concordamos que o EE, se destaca pelo seu papel fundamental na promoção da PBE (OE, 2019a). Ao aproximar a investigação e a prática, destaca-se a sua capacidade para liderar projetos orientados para a implementação da PBE, potenciando a melhoria da qualidade dos cuidados e fomentando mudanças organizacionais necessárias à integração da PBE na prática clínica quotidiana (Dresser et al., 2025).

Neste sentido, a adoção do MMPBE revelou-se particularmente enriquecedora, na medida em que ultrapassa a dimensão meramente conceptual, constituindo uma abordagem fundamental para a prática profissional. Ao longo do percurso formativo, e em particular durante os estágios clínicos, fomos confrontadas com diferentes situações e temáticas desafiadoras. Em contextos de novidade, a consulta da evidência científica assumiu-se como uma estratégia essencial para aprofundar conhecimentos e compreender o fundamento das intervenções realizadas. Contudo, o desafio tornou-se ainda mais evidente quando foi possível contactar com diferentes realidades na mesma tipologia de unidades, nas quais determinadas práticas eram desenvolvidas de formas distintas. Nestas circunstâncias, a evidência científica revelou-se um recurso essencial para sustentar uma análise crítica e reflexiva das práticas observadas, permitindo compreender os fundamentos que as sustentam e promover uma reflexão comparativa sobre diferentes abordagens à prestação de cuidados.

Num contexto de cuidados em constante evolução, a atualização permanente de conhecimentos através da formação contínua, constitui-se num dever previsto no CDE da OE, no artigo 100.º, em que o enfermeiro deve “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2015b, p. 81). Posto isto, durante o percurso formativo comprometemo-nos a participar em eventos de cariz científico e formativo, considerados relevantes para o desenvolvimento das competências inerentes à prática especializada. Os eventos passaram pelo “III Seminário de Iniciação à Investigação Científica da ULSTS”, o “*Webinar* - Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência”, ministrado pela OE, relacionados com a produção e disseminação de conhecimento científico. O “*ULSAC’s 1st Online International Summer*

Meeting in Medical-Surgical Nursing: Innovation, Differentiation and Leadership in Specialized Nursing Care”, um encontro científico dedicado à atualização de conhecimentos e partilha de boas práticas em EMC especializada, incluindo a área PSC, com enfoque na inovação, liderança e prática baseada na evidência e o *webinar* ministrado pela OE “Enfermagem às Quintas - Liderança para a Investigação e Inovação em Enfermagem”. Com o propósito de aprofundar a compreensão sobre a operacionalização dos padrões de qualidade na prática clínica, refletindo sobre o seu contributo para a melhoria contínua dos cuidados, para a segurança da pessoa e para a valorização da prática profissional de enfermagem, promovido pela OE, “*Webinar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da teoria à prática*” e no seminário sobre “Supervisão Clínica em Enfermagem: Inovação num Sistema de Saúde em Transformação” da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja. Contámos também com a participação em eventos direcionados ao contexto da PSC como: o “Simpósio Digital – Prevenção e controlo de Infecção em Ambientes Críticos”; o “4.º Seminário de Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar: *Práticas que salvam vidas*”; o seminário “(RE)AGIR: QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE: Gestão de recursos em Emergência e Catástrofe”; o “Webinar – Catástrofe da OE”; o webinar “EaQ - Simulação IN SITU no serviço de Urgência - da Teoria à Ação” da OE; e a *masterclass* “Choque e Monitorização Hemodinâmica no Doente Crítico” do Congresso Internacional do Doente Crítico 2025.

A par destas iniciativas, importa destacar a participação noutros eventos de natureza científicas, nos quais, para além da presença enquanto participantes, procurámos contribuir ativamente para a disseminação do conhecimento através da apresentação de trabalhos científicos, são eles: as “1as JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM Caminhos Convergentes: enfermagem e a integração de cuidados”, como co-autora do póster “Contributos da Técnica ISBAR na Transição de Cuidados em Enfermagem no Doente Hospitalizado – *Scoping review*” (Apêndice D); o “Congresso Internacional do Doente Crítico 2025”, como co-autora do póster “A notificação de eventos adversos e o seu contributo na segurança do doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos” (Apêndice E) e por último, as “Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da Unidade Local de Saúde do Algarve”, onde apresentámos uma comunicação oral como co-autora, intitulada de “Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência” (Apêndice F). Neste evento, a comunicação foi distinguida com o prémio de melhor comunicação oral (Anexo I), cujo reconhecimento incluiu a oportunidade de publicação da respetiva ScR na revista da

Sociedade Portuguesa de Enfermagem do Doente Crítico, encontrando-se atualmente em processo de revisão científica (Apêndice G).

Contamos ainda com a realização de uma ScR intitulada de “A notificação de eventos adversos e o seu contributo na segurança do doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos”. Esta revisão *scoping*, seguiu as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI), o que contribui para alcançar o mais elevado padrão de reconhecimento científico. Peters et al. (2020), afirma que a revisão *scoping* proporciona a análise da amplitude da literatura existente sobre um determinado tema de pesquisa, mapear e sintetizar as evidências e identificar a necessidade de pesquisas futuras. Segundo os mesmos autores, a abordagem sistemática proposta pelo JBI, inclui as seguintes etapas: a formulação e definição da questão de investigação, recomendando a sua formulação através da estrutura PCC (População, Conceito e Contexto); o estabelecimento dos critérios de inclusão; a definição da estratégia para a pesquisa; a seleção e a extração de dados, seguindo as diretrizes do PRISMA e por último a análise e interpretação dos resultados. O desenvolvimento deste trabalho integrou o processo de avaliação da UC Projeto em EMC-PSC, estando prevista a sua submissão para publicação.

Para finalizar, no âmbito da UC Investigação em Enfermagem, foi elaborada uma ScR intitulada de “Contributos da Técnica ISBAR na Transição de Cuidados em Enfermagem no Doente Hospitalizado – *Scoping review*”, que conta com a sua publicação na Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, volume 11, n. 3 em dezembro de 2025 (Apêndice H). Estas experiências despertou-nos um maior interesse pela produção e aplicação de evidência científica na prática clínica. Como reflexo do nosso envolvimento, e conforme já referido anteriormente, realizámos uma proposta de instrução de trabalho na UCIP onde realizámos estágio, sendo dada continuidade na sua implementação pela EE orientadora.

Face ao exposto, consideramos que as competências relacionadas com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram desenvolvidas e consolidadas ao longo do processo formativo.

3.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE

Prestar cuidados de Enfermagem especializados à PSC, exige um conjunto de competências específicas que possibilitem responder adequadamente à sua complexidade clínica, em contextos de imprevisibilidade e elevada exigência técnica. Face a abrangência da

especialidade em EMC e as exigências inerentes aos cuidados especializados nas diferentes áreas de atuação, em 2018, a OE reconheceu a necessidade de definir competências específicas essencialmente em áreas emergentes que requerem respostas diferenciadas (OE, 2018). Através do Regulamento n.º 429/2018, definiu competências específicas como as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2018).

O EE em EMC na PSC, possui competências específicas que incluem: cuidar da pessoa, família ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018). Partindo destes pressupostos, procede-se à descrição das atividades desenvolvidas no sentido de responder aos diferentes domínios das competências específicas previamente referidas, bem como às competências de mestre, apoiado numa reflexão crítica dos distintos campos de intervenção.

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

- 1.1** – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- 1.2** – Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- 1.3** – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- 1.4** – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- 1.5** – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;
- 1.6** – Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (OE, 2018)

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; **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 (AR, 2018)

Entende-se por PSC, aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência, ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, estando a sua sobrevivência dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018). Neste contexto, espera-se que o EE em EMC-PSC seja capaz de antecipar e identificar precocemente o estado clínico, com vista à estabilização, manutenção e recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Para além disso, reconhece-se que a prevenção de complicações e de eventos adversos implica conceber, implementar e avaliar planos de intervenção de Enfermagem, nos quais a promoção da saúde e a prevenção da doença assumem importância na prevenção de recidivas (OE, 2018).

A experiência profissional na prestação de cuidados à PSC, desenvolvida em contexto de UCINT e UCIP, tem vindo a consolidar-se ao longo de um percurso profissional de aproximadamente dez anos. Esta trajetória permitiu desenvolver competências relevantes na identificação precoce de sinais de instabilidade, na implementação de intervenções adequadas e na monitorização contínua da PSC, aspetos fundamentais para garantir uma resposta segura e

eficaz perante situações de elevada complexidade. Neste sentido, a experiência previamente adquirida facilitou o processo de adaptação ao longo deste percurso formativo.

A Enfermagem especializada, para além de possibilitar a integração de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de habilidades práticas, veio conferir robustez ao raciocínio clínico e à tomada de decisão fundamentada, favorecendo uma resposta célere e ajustada às necessidades reais da PSC, particularmente em situações de emergência. De acordo com Benner (2001), a aquisição de competências em Enfermagem desenvolve-se de forma gradual, sendo fortemente influenciada pela experiência acumulada ao longo da prática profissional. Este processo é determinante para uma compreensão mais abrangente das situações e uma adaptação às exigências do contexto de cuidados.

Os contextos de estágio da UH e do SUP proporcionaram o desenvolvimento de uma visão mais abrangente sobre o percurso da PSC no contexto intra-hospitalar. Este percurso inicia-se no SUP, enquanto local de abordagem inicial e de estabilização, podendo, posteriormente implicar a referenciação para áreas diferenciadas de diagnóstico e intervenção, como a UH. A PSC pode, posteriormente, necessitar de admissão em unidades diferenciadas como a UCIC e UCIP.

Para dar resposta à competência acima mencionada, existiu a necessidade de adotar estratégias que possibilitem uma abordagem sistematizada, com o intuito de definir prioridades na resolução dos problemas identificados, como a abordagem primária *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure* [ABCDE] (*American Heart Association*, 2016; *Resuscitation Council UK*, 2024; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2019). Esta abordagem é organizada em torno de cinco prioridades, estruturadas hierárquica e sequencialmente, em que cada componente deve ser avaliado, tratado e reavaliado, priorizando os problemas que representem risco imediato de vida (INEM, 2019; *Resuscitation Council UK*, 2024). A utilização desta metodologia de forma sistemática possibilitou uma avaliação e monitorização contínua das funções vitais, permitindo a implementação precoce de intervenções face às alterações identificadas na PSC nos contextos de estágio. Corroborando esta reflexão, Bruinink et al. (2024), referem que a realização de uma primeira impressão clínica ou recolha de alguns sinais vitais sem uma abordagem estruturada pode comprometer a identificação de uma pessoa em estado crítico ou de uma deterioração clínica significativa.

A utilização de metodologias organizadas demonstrou particular relevância em contextos caracterizados por elevada exigência clínica, nomeadamente na gestão de protocolos terapêuticos complexos. Durante o estágio, a vivência de um episódio de ativação da VV Coronária permitiu ilustrar esta realidade, destacando a necessidade de uma atuação célere e

coordenada, bem como a intervenção determinante do EE ao longo de todo o percurso. Esta experiência permitiu compreender que a capacidade de aplicar e gerir protocolos complexos, de forma segura e atempada, pode ser determinante para o *outcome* da PSC.

No sentido de ilustrar o exposto, e em articulação com o estudo de caso desenvolvido na UC Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I, apresenta-se uma situação clínica que evidencia não só a complexidade da prática, mas também o percurso de desenvolvimento de competências especializadas.

Neste caso, acompanhámos o Senhor J, nome atribuído à PSC, desde a ativação da VV Coronária, por parte do Centro de Orientação de Doentes Urgentes, até à sua chegada à sala de emergência do SUP. Com esta experiência, testemunhámos a importância de uma ativação rápida e eficaz do protocolo da VV Coronária, uma vez que, à chegada do Senhor J, todos os meios se encontravam preparados para o receber, permitindo uma intervenção rápida e coordenada.

No SUP a avaliação inicial seguiu a mnemónica ABCDE, o que contribuiu para a realização célere de novo eletrocardiograma, análises sanguíneas, e ecocardiograma, essenciais para a confirmação de diagnóstico médico e definição da abordagem terapêutica. Face à confirmação do diagnóstico de EAM com elevação do segmento ST nas derivações V1-V6, DI, AVL e infradesnívelamento do segmento ST em DIII, a *European Society of Cardiology* [ESC] (Byrne et al., 2023), estabelece que nestes casos a estratégia de reperfusão deve ser realizada num prazo de 120 minutos após o diagnóstico baseado no eletrocardiograma. Neste sentido, foi agilizada a transferência imediata para a UH do Serviço de Cardiologia da ULS-A, verificando-se que as equipas reconhecem a importância de cumprir rigorosamente os tempos recomendados pelas diretrizes clínicas na VV Coronária, como fator decisivo no prognóstico da PSC.

À chegada à UH, realizámos a avaliação inicial segundo mnemónica ABCDE, através da qual identificámos focos de instabilidade clínica, nomeadamente polipneia, dor torácica de 8, segundo avaliação pelo senhor J com recurso à escala numérica da dor, e pele pálida. No momento de proceder à monitorização, optámos por incluir o uso das pás multifunções descartáveis, sustentada na evidência científica e na experiência clínica, face ao risco de fibrilhação ventricular. De destacar, que a UH encontra-se preparada para assegurar uma resposta eficaz em situações de degradação clínica da PSC, bem como de paragem cardiorrespiratória (PCR) através de normas internas e *checklist* de verificação diária.

Imediatamente antes de iniciar o procedimento, o senhor J, entra em paragem cardiorespiratória [PCR], com ritmo de fibrilhação ventricular, tendo-se realizada

desfibrilhação conforme indicações de algoritmos internacionais, como o da *American Heart Association*. Durante o procedimento, previmos a necessidade de otimização hemodinâmica e preparámos a administração de vasopressores para garantir uma pressão arterial adequada, essencial neste contexto. Esta atuação vai ao encontro, do estipulado nesta competência específica em que o EE em EMCPSC “identifica prontamente focos de instabilidade” e “responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade”, tal como está indicado nas suas competências (OE, 2018, p.19363).

Reconhecendo a importância do início precoce do tratamento no contexto pré-hospitalar, conforme preconizado pela ESC (Byrne et al., 2023), com vista à limitação da extensão da lesão miocárdica e alívio dos sintomas, torna-se essencial uma articulação eficaz entre os profissionais da Viatura Médica de Emergência [VMER], do SUP e da UH. Esta articulação é essencial para garantir a continuidade, a segurança dos cuidados e a transmissão rigorosa de informação clínica, podendo, no entanto, constituir um desafio acrescido em contextos de elevada complexidade e pressão temporal. Contudo, na situação vivenciada, verificámos uma comunicação e coordenação entre equipas eficaz, assegurando a transmissão de informação clínica relevante sem perda de dados essenciais. Integrados na dinâmica da equipa, garantimos a continuidade dos cuidados, assegurando simultaneamente a preparação da pessoa para o procedimento, de acordo com os protocolos instituídos. Neste contexto, o nosso papel revelou-se determinante, nomeadamente na monitorização contínua, na gestão terapêutica e no suporte à PSC e à sua família, aspetos que serão aprofundados posteriormente.

Ainda no cenário apresentado anteriormente, foi evidente a importância de desenvolver conhecimentos e habilidades em SAV. A evidência científica recente reforça que o SAV não depende exclusivamente de competências técnicas, sendo igualmente fundamentais os aspetos relacionados com a liderança e a dinâmica de equipa. A atuação em situações de elevada complexidade exige uma dinâmica de equipa estruturada, assente numa liderança clara, na definição adequada de papéis, na comunicação eficaz — nomeadamente através de circuitos fechados — e na coordenação das intervenções em tempo oportuno (Fulton & Nordquist, 2025). A capacidade de antecipação revelou-se essencial, permitindo uma maior preparação para a atuação em cenários críticos. Apesar de se tratar de situações potencialmente geradoras de *stress* para as equipas, a preparação prévia e o conhecimento dos procedimentos contribuíram para uma intervenção mais organizada, segura e eficaz.

Ao longo do percurso de mestrado, foi possível obter certificações em cursos com reconhecimento internacional, nomeadamente em SAV (Anexo II), Suporte Avançado de Vida Pediátrico (Anexo III) e *International Trauma Life Support* [ITLS] (Anexo IV), cujos

conhecimentos e competências puderam ser aplicados nos estágios, nas várias situações vivenciadas.

Complementarmente, à metodologia de simulação dos cursos apontados anteriormente, a UC Processos da Pessoa em Situação Crítica, integrou a construção de estudos de caso e a sua dinamização em contexto de simulação. Através desse exercício, foi possível a aplicação sistematizada da abordagem ABCDE na avaliação primária, a identificação precoce de sinais de instabilidade e a definição de intervenções adequadas, sustentadas nas *guidelines* e na evidência científica mais recente. Esta dinâmica pedagógica favoreceu não só a consolidação de conhecimentos técnicos e a aplicação de protocolos complexos, como também o desenvolvimento de competências não técnicas, nomeadamente o raciocínio clínico, a tomada de decisão, a priorização de cuidados, a comunicação eficaz e o trabalho em equipa em contextos de elevada exigência e complexidade.

Nos estágios à PSC com relatório, tivemos a possibilidade de realizar o transporte da PSC, em contexto de transporte secundário e de transporte intra-hospitalar. O transporte da PSC está associado a riscos inerentes, contudo a sua realização, tanto entre hospitais ou entre serviços na mesma instituição, torna-se necessária, perante a necessidade de garantir acesso a cuidados com maior nível de diferenciação, a realização de exames complementares de diagnóstico ou tratamento indisponíveis no local onde a PSC se encontra internada, ou ainda quando se justifica a transferência para uma unidade situada na área geográfica de referência ou preferencial da pessoa (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2023).

Com a criação do Despacho n.º 840/2025, de 20 de janeiro do MS (2025), é implementado um novo modelo de transporte inter-hospitalar de doente crítico. O transporte do doente crítico constitui um processo de cuidados complexo, que exige das equipas uma diferenciação clínica e técnica, desde a avaliação da pessoa até à preparação que o transporte exige (MS, 2025). Desta forma, é recomendado que o enfermeiro seja, idealmente, especialista em EMCPSC e detentor da competência acrescida em emergência extra-hospitalar, indo ao encontro do Regulamento nº429/2018, onde o EE “assegura meios de evacuação e transporte” (OE, 2018, p. 19363)

Durante o estágio no SUP da ULS A, verificou-se a necessidade de realizar o transporte inter-hospitalar de uma PSC, de forma a garantir acesso a cuidados com maior nível de diferenciação, condicionado, neste caso, pela inexistência da especialidade cirúrgica na instituição de origem. Pelo carácter emergente da situação aliado à inexistência de meio aéreo do INEM disponível após as 20 horas, o transporte foi assegurado pelo helicóptero da Força Aérea Portuguesa. Coube-nos assegurar o transporte da PSC até ao aeroporto mais próximo, garantindo as condições de segurança e vigilância e monitorização contínua.

No contexto do estágio realizado na UCIP da ULS B, o transporte da PSC ocorria maioritariamente para a realização de exames complementares de diagnóstico, procedimentos ou tratamentos entre unidades pertencentes à mesma ULS. Esta realidade evidencia os princípios de articulação e organização que caracterizam o modelo das ULS, orientando para a otimização dos recursos disponíveis e para melhorar o acesso da pessoa a cuidados diferenciados dentro da mesma organização. Em todos os estágios verificou-se a necessidade de realizar o transporte intra-hospitalar da PSC. Independentemente do nível de transporte efetuado, este está associado a riscos inerentes, tornando fundamental refletir sobre o risco/benefício.

No sentido de minimizar os riscos apontados anteriormente e tornar o transporte o mais seguro possível, a SPCI (2023), reconhece que são precisas respeitar três etapas: decisão, planeamento e efetivação. Damos especial enfoque à fase de planeamento, na qual a equipa de Enfermagem assume um papel central na avaliação contínua da PSC, preparação de equipamentos e terapêutica necessária e a organização da equipa e dos recursos necessários para a realização segura do transporte. Este planeamento tem como objetivo garantir que o nível de cuidados durante o transporte não seja inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar (SPCI, 2023). Posto isto, a realização dos transportes foi precedida pela utilização de *checklists* emanadas pela SPCI onde são definidas as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, bem como o nível de monitorização e equipamento e o tipo de veículo (SPCI, 2023). A padronização de ações através do uso de *checklists* é suportada pela evidência científica, com o intuito de promover cuidados baseados na evidência, melhorar a comunicação, utilizar apropriadamente os equipamentos e principalmente a minimizar erros e eventos adversos (Wani et al., 2023).

Na UCIP onde exercemos funções, encontra-se integrada no sistema informático *Patient Care* uma *checklist* de transporte, que permite confirmar, de forma sistematizada, todos os aspetos inerentes à fase de planeamento, bem como documentar a ocorrência de eventuais eventos adversos durante o transporte. Esta ferramenta foi partilhada com a EE orientadora do estágio na UCIP, promovendo uma reflexão conjunta sobre a importância de a integrar nos registos de Enfermagem, enquanto instrumento que contribui para a gestão e continuidade dos cuidados e para a segurança da PSC.

Recorrendo ao caso mencionado no início da análise desta competência, a dor torácica de elevada intensidade referida pelo Senhor J (8 na escala numérica) constituiu um foco central da nossa intervenção, exigindo avaliação sistemática e reavaliação frequente, em articulação com a terapêutica instituída no contexto pré-hospitalar e no SUP. Importa salientar que a dor torácica

intensa é descrita como o sintoma mais frequente na doença coronária (Byrne et al., 2023), o que reforça a necessidade de uma abordagem estruturada da dor.

A dor é reconhecida pela DGS (2017c) como o 5º sinal vital, implicando a sua avaliação sistemática e constituindo um importante preditor de possível lesão ou disfunção orgânica. Paralelamente, é entendida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, reforçando a sua natureza multidimensional (Devlin et al., 2018). A evidência recente demonstra que pelo menos 50% da PSC experiencia dor moderada a intensa, tanto em repouso como durante procedimentos associados aos cuidados considerados de rotina (Devlin et al., 2018; Nordness et al., 2021). Ao mesmo tempo, verifica-se uma correlação entre níveis elevados de dor e agravamento da condição clínica, nomeadamente instabilidade cardiovascular e compromisso respiratório (Devlin et al. 2018). Perante a elevada prevalência deste problema, bem como as implicações para o prognóstico e qualidade de vida da PSC, é necessária uma abordagem consistente à sua avaliação e gestão. No reconhecimento desta necessidade, a DGS (2017c), criou o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, onde destaca a responsabilidade dos profissionais no seu controlo, visando a promoção de estratégias que contribuam para a manutenção da funcionalidade e qualidade de vida das pessoas. A OE (2008), na defesa pela qualidade dos cuidados prestados, cria o Guia Orientador de Boa Prática sobre a dor, consagra o controlo da dor como o direito da pessoa e um dever ético e legal do enfermeiro, valorizando a dor como foco de cuidados e recomendando a sua avaliação regular, o recurso a intervenções farmacológicas e não farmacológicas na sua gestão e o registo rigoroso da sua intensidade.

Ainda na área da dor, salientamos o papel diferenciador do EE EMC-PSC, a quem a OE atribui a responsabilidade de assegurar uma gestão eficaz da dor, recorrendo a intervenções ajustadas ao seu controlo. Neste sentido, é-lhe exigido que promova a utilização sistemática de instrumentos de avaliação da dor e a aplicação de protocolos terapêuticos, integrando medidas farmacológicas e não farmacológicas orientadas para o alívio da dor (OE, 2017).

No que concerne a avaliação da dor, embora o *gold standard* seja a autoavaliação da dor pela pessoa, através de escalas como a Escala Visual Analógica e a Escala Numérica, por serem as escalas com maior validade e fiabilidade para pessoas conscientes e colaborantes, o seu uso torna-se inviável em características específicas na PSC (Devlin et al., 2018). As dificuldades de comunicação, em particular da comunicação verbal, associadas a alterações do estado de consciência, decorrentes da sedação e à necessidade de ventilação mecânica invasiva, constituem importantes obstáculos à correta avaliação da dor. Nestes contextos, durante os estágios recorreremos de forma sistemática a escalas comportamentais validadas como a

Behavioral Pain Scale [BPS], que avalia expressões faciais, movimentos dos membros superiores e a adaptação à ventilação (Nordness et al., 2021). A *Critical-Care Pain Observation Tool* [CPOT] surge como alternativa à BPS, por possibilitar a avaliação da dor em PSC, incluindo pessoas ventiladas mecanicamente ou não ventiladas (Marques et al., 2022). Apesar de se tratar de uma escala validada para a população portuguesa (Marques et al., 2022), constatámos durante os estágios que a sua utilização ainda não se encontrava implementada na prática clínica observada.

Exposta esta reflexão, e considerando o enquadramento da OE, onde indica que o EE em EMC-PSC é responsável pela “implementação de instrumentos de avaliação da dor” (OE, 2015a, p.17242), esta realidade evidencia uma oportunidade para o EE contribuir para a melhoria contínua da qualidade aliada à prática baseada na evidência, promovendo a implementação sistemática de escalas validadas, como a CPOT, na avaliação da dor na PSC.

Durante o estágio na UCIP e UCIC, foi possível observar a existência de um registo rigoroso da dor, realizado de duas em duas horas, bem como a sua monitorização após a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Verificámos que, em situações específicas, como os posicionamentos ou a realização de procedimentos invasivos, estes eram reconhecidos como potenciais desencadeadores de dor, existindo a preocupação de administrar analgesia previamente. Nordness et al. (2021) reforçam a necessidade de avaliação da dor a cada 2 a 3 horas e com maior frequência antes de procedimentos dolorosos ou da mobilização.

As manifestações fisiológicas, como as alterações de sinais vitais, são considerados eventos adversos graves relacionados com a dor, pelo que, a avaliação dessas alterações não deve ser método de avaliação da dor na PSC (Devlin et al., 2018). Uma avaliação rigorosa da dor deve articular-se com um plano de controlo multimodal, sustentado na melhor evidência disponível e que combine intervenções farmacológicas com abordagens não farmacológicas de alívio (Nordness et al., 2021). No que respeita às intervenções não farmacológicas no controlo da dor e na promoção do bem-estar da pessoa, estas assumem um papel complementar à abordagem farmacológica (OE, 2008). Neste contexto, recorreu-se a estratégias como o posicionamento, a aplicação de frio ou calor e o suporte emocional, com o objetivo de contribuir para a redução da experiência dolorosa.

O envolvimento em projetos na UCIP onde exercemos profissionalmente, nomeadamente na implementação da *bundle* ABCDEF (*Assess, Prevent, and Manage Pain, Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials, Choice of analgesia and sedation, Delirium: Assess, Prevent, and Manage, Early mobility and Exercise and Family*

engagement and empowerment), proporcionou-nos contacto direto com esta estratégia desenvolvida pela SCCM, permitindo-nos reconhecer que uma abordagem estruturada à avaliação e controlo da dor em contexto de UCI está relacionada com melhores *outcomes*, como a redução dos dias de ventilação mecânica, do tempo de permanência em UCI e das taxas de *delirium* e mortalidade. Uma estratégia analgésica ajustada às necessidades da PSC pode ainda diminuir a necessidade de sedação, contribuindo para a redução da incidência de *delirium* e das suas repercussões negativas a longo prazo (Nordness et al., 2021).

De acordo com o referido anteriormente, torna-se particularmente relevante compreender o impacto da dor na génese e manutenção do *delirium* em UCI. A dor não controlada pode favorecer o aparecimento ou a persistência de *delirium*, enquanto o uso de fármacos analgésicos, sobretudo opióides em pessoas mais idosas, também pode aumentar esse risco (Nordness et al., 2021). Contudo, o *delirium* continua a ser uma condição frequentemente subdiagnosticada (Santos et al., 2022). Tal como evidenciamos na nossa ScR, o *delirium* surge como um dos eventos adversos que ocorre em UCI (Sauro & Stelfox, 2022), motivo pelo qual durante os estágios, valorizámos este resultado para promover a utilização sistemática de instrumentos validados de avaliação, como a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* [CAM-ICU]. No estudo de Santos et al. (2022), sobre a aplicação da CAM-ICU em Portugal, os autores referem que o défice de conhecimento sobre a avaliação cognitiva e a ausência de formação específica das equipas condicionam a utilização adequada deste instrumento.

A evidência sugere que experiências de dor inadequadamente controlada em contexto de UCI podem influenciar negativamente a forma como as PSC vivenciam e recordam o internamento, estando associadas a episódios de *delirium* e a repercussões a longo prazo, contribuindo para o desenvolvimento da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos [SPICI] (Nordness et al., 2021).

A SPICI corresponde a um conjunto de problemas de saúde que surgem ou se agravam após o internamento em UCI, envolvendo dimensões físicas, cognitivas, psicológicas e sociais. Numa mesma PSC podem coexistir várias destas componentes, afetando uma elevada proporção de sobreviventes de doença crítica, com instalação precoce após a admissão em UCI e possibilidade de persistência durante cinco ou mais anos. Esta síndrome associa-se a maior probabilidade de readmissão, aumento do tempo de internamento e incremento da mortalidade e deterioração da qualidade de vida (SPCI, 2024).

A SPCI (2024) sublinha a importância de garantir a continuidade de cuidados após a alta da UCI, através de consultas de *follow-up* especializadas realizadas, idealmente, entre dois e

três meses após o internamento. Estas consultas permitem uma avaliação abrangente da condição física, cognitiva e emocional da PSC, bem como da forma como a família se adapta ao novo contexto de vida. Durante o estágio em UCI, embora não tivéssemos participado diretamente nas consultas de *follow-up*, procurámos conhecer a sua dinâmica e objetivos, reconhecendo-as como um verdadeiro compromisso com a continuidade e a globalidade dos cuidados dirigido à PSC e à sua família. Estas consultas eram conduzidas por uma EE EMC-PSC, em parceria com uma médica, assegurando uma abordagem multidisciplinar. Na entrevista eram utilizadas escalas validadas para avaliação da condição clínica e psicológica, integrando o impacto do internamento no sono, ansiedade associada ao regresso ao hospital ou outras manifestações de *stress* ligadas à experiência em UCI. Sempre que possível, a presença de um familiar ou pessoa de referência era incentivada, favorecendo a participação da família no processo de recuperação e a identificação das suas próprias necessidades de apoio. A SPCI (2024) sublinha o papel central da família na reabilitação e reintegração da pessoa sobrevivente de doença crítica. Esta consulta, veio reforçar que a importância da intervenção junto da pessoa, família ou cuidador por forma a minimizar o impacto emocional de uma situação crítica de saúde, doença ou falência orgânica (OE, 2018), vai mais além do que o período de internamento, sendo o momento da alta hospitalar um recomeçar exigente, carecendo de apoio e suporte multidisciplinar.

Esta síndrome tem um carácter abrangente, podendo afetar não só PSC, mas também a família que a acompanha no processo de doença aguda e posteriormente à alta hospitalar (SPCI, 2024). Neste sentido, ganha relevo a necessidade de recentrar a nossa atenção também na família, sendo que a SCCM destaca que a prestação de cuidados centrados na família constitui uma componente essencial, com impacto significativo nos *outcomes* obtidos tanto pela PSC como pelos seus familiares (Lewis et al., 2024).

As famílias da PSC em UCI enfrentam uma carga emocional muito elevada, intimamente ligada ao percurso de recuperação da pessoa. Esta experiência pode originar ansiedade, depressão, *stress* agudo, *stress* pós-traumático e luto complicado, que pode ainda diminuir a capacidade da família para apoiar a recuperação da pessoa sobrevivente (Shirasaki et al., 2024). Reconhecer o processo de transição vivido pelas famílias no contexto de doença crítica permite compreender a vulnerabilidade e o impacto emocional mencionado e desenvolver estratégias que apoiem a pessoa e a família no processo de adaptação à sua condição (Malta et al., 2023).

Neste sentido, o estabelecimento de uma relação terapêutica sustentada numa comunicação clara, consistente e empática entre as equipas de UCI e a família torna-se central, criando

caminho para esclarecer dúvidas, acolher preocupações e apoiar a família no seu papel de parceiros neste processo de saúde-doença (Shirasaki et al., 2024).

Sendo a comunicação uma das áreas basilares em Enfermagem, é premente o desenvolvimento de estratégias facilitadoras da comunicação e a implementação de um modelo comunicacional que facilite a transmissão de comunicação efetiva em contextos mais delicados e específicos (Malta et al., 2023).

Da experiência adquirida ao longo do percurso profissional e dos estágios realizados, a comunicação de más notícias destacou-se como um dos momentos comunicacionais mais delicados e exigentes no cuidado à PSC, apesar de constituir uma realidade frequente e transversal ao percurso. Figueiredo et al. (2024) reforçam esta reflexão que apesar da sua complexidade, os profissionais de saúde não têm treino formal para fazê-lo, o que poderá ter consequências nefastas na prestação dos cuidados.

Relembramos o caso exemplificado na análise da competência do EE, face à responsabilidade profissional, ética e legal. Apesar dos esforços da equipa multidisciplinar, a gravidade da condição clínica da PSC configurou-se numa situação em que a probabilidade de reversão do quadro era extremamente reduzida. Diante desta realidade, emergiu a necessidade de reunir com a família com o intuito de informar do agravamento clínico. Neste momento, procurámos garantir um ambiente de privacidade, respeito e disponibilidade, criando um espaço seguro e acolhedor que permitisse à família expressar as suas emoções, enquanto demonstrávamos empatia e disponibilidade para a escuta. Foram também prestados esclarecimentos através de informação clara, objetiva e adequada ao nível de compreensão da família.

Neste sentido, a UC Relação e Comunicação em Saúde no Cuidado à PSC, contribuiu para aprofundar competências comunicacionais e abordar estratégias comunicacionais orientadas para a gestão de situações particularmente sensíveis, destacando-se a importância da utilização de protocolos estruturados na comunicação de más notícias. Entre estes, evidenciamos o protocolo SPIKES que orienta a transmissão de informação de forma estruturada, empática e centrada na pessoa e na família. Este método orienta a comunicação em seis etapas essenciais: *Setting up* (preparar o ambiente adequado), *Perception* (compreender o que a pessoa cuidada/família sabem), *Invitation* (identificar a informação que a pessoa/família deseja saber), *Knowledge* (transmitir a informação de forma clara e objetiva), *Emotion* (reconhecer e responder de forma empática as emoções) e *Strategy* (definir os próximos passos), sendo considerado uma mais-valia na adesão da PSC aos cuidados e na redução dos níveis de *stress*

dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, aquando da comunicação de más notícias (Figueiredo et al., 2024).

Importa salientar que a existência de um espaço físico adequado para a transmissão deste tipo de informação assume particular relevância, uma vez que favorece um ambiente de maior privacidade, tranquilidade e dignidade para a família. Contudo, no SUP, não existe uma sala especificamente destinada a estas situações. Assim, as informações eram frequentemente transmitidas na sala de emergência, procurando, ainda assim, garantir as melhores condições possíveis de privacidade e conforto, de forma a salvaguardar o respeito e a dignidade da família neste momento particularmente sensível.

Paralelamente à abordagem da comunicação de más notícias, esta UC permitiu também refletir sobre a importância do desenvolvimento de estratégias de comunicação com a PSC com incapacidade de comunicação verbal. No início da nossa trajetória profissional em UCI, esta constituiu uma das dificuldades sentidas, uma vez que, frequentemente, a presença de ventilação mecânica invasiva, dispositivos invasivos ou alterações no estado de consciência limitam a capacidade de a pessoa expressar necessidades, dúvidas ou desconforto. Esta situação desencadeia sentimentos de frustração não só na pessoa cuidada, que se vê impossibilitada de comunicar de forma eficaz, mas também no enfermeiro, que procura compreender e responder adequadamente às suas necessidades. Assim, tornou-se evidente a importância de recorrer a estratégias comunicacionais eficazes, individualizadas e robustas, que respeitem a dignidade da pessoa, e contribuam para o fortalecimento da relação terapêutica e o bem-estar da PSC (Nascimento et al., 2023). Neste sentido, a realização de um trabalho no âmbito desta UC permitiu aprofundar a importância do desenvolvimento e utilização de estratégias facilitadoras da comunicação com a PSC, como a comunicação aumentativa e alternativa.

Neste enquadramento, cabe ao enfermeiro o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”, artigo 105.º do CDE (OE, 2015b, p.80). Ao mesmo tempo, a OE estabelece que o EE em EMC-PSC deve demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação, adaptando-a às barreiras e à complexidade do seu estado de saúde, reconhecendo o impacto das transações na relação terapêutica junto da PSC e da sua família (OE, 2018).

Adicionalmente ao exposto, salienta-se que no decorrer do Estágio Final, não nos deparámos com situações que exigissem a aplicação de conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral, bem como a manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos.

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

2.1 – Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe;

2.2 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe;

2.3 – Planeia resposta à situação de catástrofe;

2.4 – Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe;

2.5 – Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018)

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; **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 (AR,2018)

Tendo por base as experiências descritas e a sua fundamentação, considera-se que esta competência foi adquirida e consolidada, passando agora à análise da segunda competência específica.

Os cuidados de Enfermagem especializados à PSC são cuidados altamente qualificados e diferenciados, que derivam, frequentemente, de situações de emergência, exceção e catástrofe, caracterizados pela presença iminente de risco de vida (OE, 2018). De acordo com a abordagem teórica do mesmo autor, a emergência

resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata (OE, 2018, p. 19362).

Por sua vez, a situação de exceção é descrita pela OE (2018) como um desequilíbrio entre as necessidades emergentes e os recursos disponíveis, tornando necessária uma intervenção estruturada, baseada na coordenação e gestão eficiente dos recursos humanos e técnicos, por forma a assegurar uma resposta eficaz às exigências identificadas.

As vivências em contexto de estágio evidenciaram a ocorrência de várias situações em que se tornou necessária a gestão em contexto de exceção. A experiência no SUP confirmou a exigência associada a este tipo de situações, nas quais a resposta deve ser dinâmica e ajustada continuamente à evolução dos acontecimentos. A simultaneidade de ocorrências e as suas

diferentes complexidades exigiram uma contínua redefinição de prioridades, uma gestão permanente dos recursos disponíveis, com vista à organização e gestão dos cuidados. Em determinados momentos, a conjugação de vários eventos críticos e a limitação de meios disponíveis colocaram à prova a capacidade de resposta da equipa. O episódio que se descreve a seguir permitiu evidenciar a relevância de uma atuação estruturada, bem como o contributo do EE na coordenação, liderança e tomada de decisão em contextos de exceção.

Iniciámos o turno com a entrada na sala de emergência de um senhor de 60 anos, transportado pelo pré-hospitalar e acompanhado pelos profissionais da VMER, após ter sido encontrado pelos familiares inconsciente. À chegada da VMER, encontrava-se com um *Glasgow Coma Score* de 3, tendo sido previamente permeabilizada a via aérea com tubo orotraqueal e transportado para o SUP. Procedeu-se à avaliação, estabilização clínica e intervenção sobre este caso. Paralelamente, foi necessário intervir junto dos familiares, que se encontravam ansiosos e angustiados face à situação, agravada pelo facto de se encontrarem num país estrangeiro e pela existência de barreira linguística, exigindo uma abordagem comunicacional empática, clara e ajustada às suas necessidades. No decorrer da avaliação e intervenção neste caso, fomos informados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes, que vinha uma segunda pessoa vítima de um acidente por capotamento de um trator, helitransportado. Conduzida a avaliação primária da vítima, segundo as indicações para vítimas de trauma, e constatado que apresentava uma fratura exposta com hemorragia ativa, tendo iniciada administração de ácido tranexâmico para controlo hemorrágico. Face à existência de apenas um enfermeiro alocado à sala de emergência, com o apoio do enfermeiro destacado para assegurar as VV, foi necessária uma redistribuição da equipa para assegurar a resposta adequada às necessidades de cuidados que estas PSC necessitavam, sem comprometer a qualidade dos mesmos. De acordo com o enquadramento da OE (2018, p. 19363), o EE "salvaguarda condições de segurança" e "adequa a resposta em situação de trauma", traduzindo-se neste exemplo na reorganização dos recursos disponíveis, assegurando a continuidade de cuidados.

Quando a situação na sala de emergência começava a estar mais controlada, deu entrada um jovem de 30 anos que aguardava no SUP por observação médica, com uma crise convulsiva tónico-clónica. Face ao carácter emergente da situação, foi necessário reajustar e agilizar as condições da sala de emergência, permitindo uma atuação célere no controlo da crise convulsiva.

Ao analisarmos o cenário descrito anteriormente, é possível evidenciar que o EE assume a capacidade de "lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa" (OE, 2018, p. 19364), promovendo a reorganização dinâmica dos profissionais e cuidados,

garantindo a coerência das intervenções desenvolvidas. Adicionalmente, a “avaliação contínua da articulação e eficiência da equipa” (OE, 2018, p. 19364) revelou-se determinante para ajustar as prioridades clínicas à evolução das diferentes situações, permitindo uma gestão eficiente dos recursos disponíveis. À medida que surgiam novas necessidades, foi essencial implementar medidas corretivas, adequando a resposta à evolução dinâmica da situação exceção (OE, 2018).

No que concerne às situações de catástrofe, estas caracterizam-se pela ocorrência de uma disrupção no funcionamento dos serviços, com consequente sobrecarga dos recursos disponíveis, exigindo uma resposta eficaz e coordenada. Nos termos da Lei de Bases da Proteção Civil descrita pela OE (2018, p.19362-19363), entende-se por catástrofe “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um aumento da ocorrência de catástrofes, com impactos significativos à escala global. Tendo em conta esta realidade, as respostas em situações de catástrofe devem ser estruturadas e organizadas, refletindo a consciência dos profissionais e das autoridades relativamente à complexidade inerente a estas situações, bem como à necessidade de uma abordagem abrangente que integre diferentes áreas do conhecimento (Santos et al., 2023).

A sua elevada frequência reforça a importância de garantir uma equipa de Enfermagem, devidamente preparada, dotada de conhecimentos, competências e capacidades que assegurem uma resposta eficaz e adequada (Lin et al., 2023). Colocando o EE em EMC-PSC no centro da resposta, pelas suas competências que detém para liderar e gerir cenários complexos, tendo como responsabilidade acrescida a conceção, o planeamento, a gestão e a supervisão de cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe (OE, 2018). Neste âmbito, a articulação da informação, aliada à gestão eficaz dos recursos humanos e técnicos, revela-se essencial para assegurar uma resposta ajustada às exigências destas situações (INEM, 2024).

De salientar que a prontidão para a resposta em situações de exceção, catástrofe e emergência assume-se como um elemento central, correspondendo ao grau de preparação de indivíduos, organizações e comunidades para atuar de forma eficaz perante estes eventos. Tal preparação envolve a disponibilidade de recursos, a existência de planos estruturados e o desenvolvimento de capacidades que permitam uma resposta rápida e eficiente, com vista à proteção de vidas e à minimização de danos (Lin et al., 2023).

Importa salientar que a preparação e a resposta a situações de desastre são apontadas pelo ICN (2019) como áreas centrais de competência na prática de Enfermagem. Neste âmbito, os

enfermeiros desempenham um papel essencial na preparação, resposta e recuperação em cenários de desastre, com intervenção na triagem, estabilização e coordenação das equipas multidisciplinares (Santos et al., 2023). Contudo, podem não apresentar competências ou níveis adequados de preparação para responder a estas situações, devido ao seu carácter imprevisível, mesmo quando receberam formação prévia. Um estudo recente defende que as organizações devem realizar regularmente exercícios de preparação, de forma a manter e promover a capacidade de resposta eficaz dos profissionais de saúde em contexto de catástrofe (Lin et al., 2023).

Lin et al. (2023) destacam a existência de uma relação significativa entre a formação em contexto de catástrofe e a prontidão dos enfermeiros para responder a estes eventos. A participação em programas de formação nesta área contribui para o desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas, sendo que a sua eficácia pode variar de acordo com as metodologias utilizadas, como sessões teóricas, simulações, aprendizagem baseada na resolução de problemas, exercícios de mesa ou recurso a tecnologias como a realidade virtual. Neste sentido, a diversificação das estratégias formativas revela-se fundamental para potenciar a preparação dos profissionais, promovendo uma resposta mais eficaz e adequada em cenários de catástrofe. Para além disso, os enfermeiros com níveis de formação mais elevados apresentam maior experiência em funções de liderança, o que se revela particularmente relevante na coordenação da resposta a estas situações (Lin et al., 2023).

No contexto nacional, um estudo recente evidencia que 85% das instituições de ensino ainda não integram a gestão de catástrofes na formação dos enfermeiros (Santos et al., 2024). Esta lacuna formativa pode comprometer a capacidade de atuação em situações de emergência de grande escala, tornando a formação contínua e a aquisição de competências especializadas fundamentais para colmatar estas fragilidades. No que diz respeito ao EE, a capacidade de liderança em contextos de catástrofe assume particular relevância, competindo-lhe a “atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa” (OE, 2018, p. 19364), de forma a garantir uma resposta organizada, segura e adequada à complexidade das situações críticas (OE, 2018). Face a este enquadramento, consideramos importante refletir sobre a nossa própria preparação para atuar nestes contextos. Ao longo do percurso formativo e do estágio, sentimo-nos mais preparados para intervir em situações de catástrofe, contudo reconhecemos limitações ao nível da tomada de decisão e da liderança. Neste sentido, o apoio da EE orientadora foi fundamental, uma vez que permitiu discutir possíveis estratégias de atuação, esclarecer dúvidas e compreender melhor a organização da equipa perante situações críticas.

A simulação tem sido reconhecida como uma estratégia pedagógica fundamental no desenvolvimento de competências para a resposta a catástrofes (Santos et al., 2023). Através desta abordagem, os enfermeiros têm a oportunidade de experienciar cenários próximos da realidade, permitindo o desenvolvimento da tomada de decisão em contextos de elevada pressão, o reforço da comunicação interprofissional e a otimização da gestão de recursos disponíveis. Para além disso, é destacada a relevância do estabelecimento de parcerias estratégicas com entidades envolvidas na gestão de catástrofes, como forma de potenciar a formação e proporcionar experiências práticas mais enriquecedoras (Santos et al., 2023).

Na UC Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe foi realizado um exercício de simulação em ambiente controlado, no qual foram recriados cenários, que exigiam a tomada de decisão na triagem das vítimas e na priorização de intervenções. A exigência de uma resposta célere e eficaz reforçou a importância da aplicação de ferramentas de triagem estruturadas. A triagem assume, assim, um papel determinante na gestão de situações de exceção e catástrofe, possibilitando a distribuição eficiente dos recursos e assegurando os cuidados de acordo com a gravidade da pessoa a cuidar. Em cenários onde o número de vítimas ultrapassa a capacidade de resposta da equipa, torna-se essencial um sistema que permita a priorização rápida das intervenções, assegurando que os casos mais críticos sejam atendidos primeiro (INEM, 2012).

A participação neste exercício constituiu uma oportunidade para testar e aperfeiçoar procedimentos, contribuindo para a consolidação de conhecimentos na gestão de situações de exceção e catástrofe. Neste âmbito, evidenciou-se a importância do trabalho em equipa, nomeadamente no que se refere à distribuição de funções e à monitorização contínua da sua eficácia, em consonância com o que é preconizado pela OE, ao referir que o EE em EMC-PSC “lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa” e “avalia em contínuo a articulação e eficiência da equipa” (OE, 2018, p.19364).

Face à imprevisibilidade das situações de catástrofe, não se verificaram a sua ocorrência durante o período em que desenvolvemos os estágios clínicos. Por forma a responder ao considerado pela OE que EE EMC-PSC “demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe” (OE, 2018, p.19364), procurámos analisar os Planos de Evacuação e Catástrofe, com o objetivo de compreender a sua estrutura e os procedimentos que sustentam a atuação nestes contextos, no SUP explorámos o *kit* de triagem em contexto de catástrofe, aprofundando o conhecimento sobre a metodologia *Simple Triage and Rapid Treatment*. Esta metodologia assenta numa avaliação rápida em critérios clínicos essenciais: mobilidade, respiração e circulação, possibilitando a classificação das vítimas com base na

gravidade clínica, segundo critérios uniformizados (INEM, 2012). Deste modo, possibilita uma abordagem sistematizada e eficiente, orientada para a otimização da resposta em cenários com múltiplas vítimas.

A revisão dos conteúdos abordados na UC anteriormente referida permitiu consolidar conhecimentos relativos à atuação em situações de exceção e catástrofe, nomeadamente no que concerne às estratégias de resposta e à implementação de planos de emergência. Este enquadramento foi posteriormente aprofundado através da análise de referenciais normativos e documentos operacionais, entre os quais se destacam a Orientação n.º 007/2010 da DGS, relativa à elaboração de planos de emergência nas unidades de saúde (DGS, 2010), e o Manual de Resposta a Situações de Exceção do INEM (INEM, 2012), que orientam a organização dos cuidados e a gestão dos recursos nestes contextos.

A participação no seminário “(RE)AGIR: QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE, Gestão de recursos em emergência e catástrofe”, promovido pela *Ocean Medical*, com a duração de 8 horas, constituiu uma oportunidade de contacto e reflexão sobre a gestão de situações críticas e de catástrofe, com enfoque na gestão, liderança e coordenação da resposta em contextos de elevada complexidade. Foram abordadas temáticas atuais e relevantes no panorama contemporâneo, incluindo cenários de conflito armado, incêndios e a análise de casos reais, como o caso do elevador da Glória.

Ainda na UC mencionada, destacamos a realização da ScR “Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência”, que serviu de objeto de avaliação. Destacando também a sua apresentação premiada como melhor comunicação oral em evento de cariz científico, a aguardar a sua publicação em revista científica, como mencionado na competência comum 4.

O SUP da ULS A conta com uma enfermeira pós-graduada em Enfermagem Forense que integra a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos desta ULS. Esta mesma equipa é constituída ainda por uma psicóloga, uma assistente social e uma médica, em estreita ligação com as entidades legais, para a qual são referenciadas todas as situações de violência e realizam reuniões quinzenais para dar seguimento aos casos identificados. Destaca-se ainda a existência de uma instrução de trabalho relativa ao protocolo de atuação em situações de violência sexual no homem. No que concerne às vítimas do sexo feminino, estas são encaminhadas diretamente para o serviço de urgência de ginecologia.

O SUP é a principal porta de entrada destas vítimas, o enfermeiro do serviço de urgência desempenha um papel crucial na identificação destas vítimas e na preservação de vestígios forenses, contudo a falta de formação nesta área pode comprometer a investigação criminal e

levar à eliminação de provas (Oliveira et al., 2024b; Silva et al., 2022). Neste sentido, para além dos cuidados de saúde que estas vítimas carecem, a preservação de vestígios forenses assume particular relevância. Assim, após partilha e análise dos resultados da ScR com a EE orientadora, o EE gestor do SUP e a enfermeira pós-graduada em Enfermagem forense, foi reconhecida a pertinência de desenvolver uma sessão formativa sobre esta temática. Esta sessão teve como objetivo geral sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da preservação de vestígios forenses no serviço de urgência e, como objetivos específicos, identificar cuidados de Enfermagem que assegurem a cadeia de custódia e promover boas práticas na atuação com vítimas de crime, sem comprometer a prestação de cuidados (Apêndice I).

Deste modo, o EE em EMC-PSC “assegura a eficiência dos cuidados de Enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018, p.19364), assumindo um papel determinante na identificação de práticas de crime, salvaguardando a preservação de vestígios forenses, interligando com os organismos legais competentes para apoiar a vítima e respetiva família (OE, 2018).

À luz das experiências descritas e da fundamentação que as suporta, é possível afirmar que a competência em análise foi progressivamente desenvolvida e evidenciada. Passamos agora a apresentar a análise da última competência específica.

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

3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

3.2 - Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018)

Competências 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; **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 (AR, 2018).

A evolução técnico-científica no domínio dos cuidados de saúde tem permitido avanços significativos ao nível do diagnóstico e das opções terapêuticas. Contudo, este progresso traz

consigo novos desafios: se, por um lado, contribui para o aumento da esperança de vida, por outro, associa-se a uma maior vulnerabilidade das pessoas ao desenvolvimento de infeções associadas aos cuidados de saúde, bem como ao aumento da resistência aos antimicrobianos (OE, 2017).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS] representam um importante desafio para a segurança em saúde a nível global, na medida em que têm um impacto significativo tanto na pessoa como nos sistemas de saúde. Estão associadas ao aumento do tempo de internamento, da morbilidade e mortalidade, da resistência microbiana aos antimicrobianos e à diminuição da qualidade de vida da pessoa. Consequentemente, estes fatores traduzem-se num encargo financeiro relevante para os sistemas de saúde (Abban et al., 2023; Puro et al., 2022). No contexto da prestação de cuidados, estas infeções assumem particular expressão, sendo reconhecidas como uma das ocorrências adversas mais comuns e correspondem a situações clínicas decorrentes da ação de microrganismos ou das suas toxinas, adquiridas no contexto da prestação de cuidados e realização de procedimentos de saúde. Estas infeções podem igualmente atingir os profissionais de saúde no decurso da sua atividade (OE, 2017; OMS, 2022a).

Estima-se que uma proporção significativa das IACS possa ser evitada através da implementação consistente de programas de prevenção e controlo de infeção. Ainda assim, a realidade permanece preocupante: por cada 100 pessoas hospitalizadas, cerca de 7 em países desenvolvidos e 15 em países em desenvolvimento adquirem pelo menos uma infeção associada aos cuidados de saúde durante o internamento, sendo que aproximadamente 1 em cada 10 pessoas internadas afetadas acaba por falecer em consequência destas infeções (OMS, 2022a). Adicionalmente, o *Global Report on Infection Prevention and Control* evidencia que 23,6% dos casos de sépsis tratados em contexto hospitalar estão relacionados com a prestação de cuidados de saúde (OMS, 2022a). Importa ainda destacar um aumento da prevalência de estirpes de *Enterobacterales* resistentes aos carbapenemos, nomeadamente produtoras de carbapenemases, cuja frequência aumentou de 2% para 12% entre 2012 e 2020, reforçando a complexidade do controlo da infeção nesta população (OMS, 2022a).

Perante esta realidade, importa destacar a particular vulnerabilidade da PSC. A elevada complexidade clínica da PSC, associada à necessidade de intervenções invasivas e à administração de terapêuticas como a antibioterapia e a imunossupressão, potencia o risco de desenvolvimento de infeção. Estima-se que até 30% das PSC em UCI desenvolvam IACS, sendo que na presença de microrganismos resistentes está associada a um aumento da

mortalidade, duas a três vezes superior quando comparada com infeções por microrganismos sensíveis (OMS, 2022a).

A ocorrência de IACS está frequentemente relacionada com fragilidades nos sistemas e processos de prestação de cuidados, bem como com fatores comportamentais de profissionais, pessoas e visitas. Perante esta realidade, torna-se fundamental a implementação de programas de prevenção e controlo de infeção estruturados, sustentados em medidas simples, consolidadas e com eficácia comprovada (Barroso & Florêncio, 2021). Neste âmbito, destaca-se o contributo dos profissionais de saúde, em particular do EE em EMC-PSC, pela sua capacidade de identificar necessidades específicas, reconhecer lacunas nas práticas e promover oportunidades de melhoria contínua (OE, 2018). Este papel é reforçado pelos padrões de qualidade definidos para a especialidade, que preconizam uma intervenção ativa na prevenção e controlo da infeção, com vista à promoção da segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2017).

A resistência aos antimicrobianos [RAM] representa um importante desafio de saúde pública, estando associada ao aumento da morbilidade, da mortalidade e dos custos relacionados com estas infeções (OMS, 2022b). Dados de 2020, divulgados em 2024 no *Annual Epidemiological Report* da *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2024), revelam que todos os anos morrem cerca de 35 000 pessoas na Europa/Área Económica Europeia como consequência direta de infeções multirresistentes a antimicrobianos.

O uso inadequado e excessivo de antibióticos tem sido identificado como um dos principais fatores associados ao desenvolvimento de resistências microbianas (Barroso & Florêncio, 2021). Neste contexto, a vigilância da RAM assume particular relevância no controlo das IACS, devendo ser integrada como uma prioridade nas organizações de saúde. Tal implica a adoção de estratégias que promovam uma utilização mais racional dos antimicrobianos, nomeadamente através de programas estruturados de apoio à prescrição (Barroso & Florêncio, 2021).

Em resposta às problemáticas evidenciadas, a DGS tem criado normas e orientações alinhadas com as recomendações internacionais da OMS, com o objetivo de reforçar as práticas profissionais, particularmente em contextos de maior complexidade, como os cuidados críticos. Destaca-se ainda o contributo do ECDC no desenvolvimento de sistemas de vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde, da resistência microbiana e do consumo de antimicrobianos, constituindo-se como referência para a monitorização e melhoria contínua dos cuidados (MS, 2022).

No alinhamento estratégico que tem vindo a ser apresentado, o Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, que aprova o PNSD 2021-2026, veio definir como objetivo estratégico “Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos

antimicrobianos (RAM)” (p.103), através do estabelecimento de metas como a adesão de 95% das unidades hospitalares à vigilância epidemiológica, à implementação do Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA) e ao primeiro momento de higiene das mãos, visa promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados (MS, 2021).

Por sua vez, o Despacho n.º 10901/2022 veio reorganizar o PPCIRA, ao formalizar as estruturas hospitalares regionais e locais como unidades orgânicas, sob a coordenação de um diretor médico e de um enfermeiro gestor. Considerado um programa de saúde prioritário o seu objetivo visa reduzir a taxa de IACS, promover o uso correto de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (MS, 2022).

As Precauções Básicas no Controlo de Infecção [PBCI] têm assumido um papel central na promoção da segurança das pessoas e dos profissionais de saúde. Estas correspondem a um conjunto de medidas fundamentais que visam assegurar condições adequadas de higiene e reduzir o risco de transmissão de microrganismos em contexto de prestação de cuidados. Devem ser aplicadas de forma universal, independentemente do diagnóstico, dos fatores de risco ou do estado infeccioso presumível da pessoa, contribuindo para a prevenção da infeção cruzada entre pessoas e profissionais (PPCIRA, 2017).

A realização do estágio de observação no âmbito do PPCIRA constituiu uma mais-valia no desenvolvimento de competências na área da prevenção e controlo da infeção. Esta experiência permitiu compreender, em contexto real, a complexidade dos processos associados à vigilância das IACS e à gestão do risco infeccioso. Durante este período, destacou-se a necessidade de uma atuação integrada entre diferentes profissionais e serviços, evidenciando-se, em particular, a estreita articulação com o laboratório, fundamental para a identificação de microrganismos, a monitorização de padrões de resistência e o suporte à tomada de decisão clínica.

No âmbito do estágio, foi possível participar em diversas auditorias previamente referidas, o que permitiu compreender, de forma concreta, a importância de uma abordagem antecipatória na prática clínica. Estas atividades possibilitaram a identificação precoce de fragilidades, o reforço de boas práticas e a valorização da tomada de decisão sustentada em dados objetivos e evidência científica atualizada.

Durante este período de observação, foi identificado um surto de *Enterobacterales* produtores de carbapenemases [EPC] num serviço da ULS-A, o que levou ao seu encerramento temporário para novas admissões. Esta situação constituiu uma oportunidade relevante para compreender o papel do EE na vigilância e gestão do risco infeccioso, nomeadamente através da implementação de estratégias de isolamento em coorte, com o objetivo de conter a disseminação do agente e minimizar o risco de transmissão cruzada.

Paralelamente, foi identificada uma lacuna ao nível das práticas do serviço, nomeadamente a ausência de rastreios de EPC à admissão hospitalar e durante o internamento, conforme preconizado na Norma Clínica n.º 004/2023 da DGS (2023b). Esta limitação dificultou a identificação da origem do surto e a sua monitorização. Face a esta necessidade, o PPCIRA dinamizou uma ação de formação dirigida à equipa do serviço, com vista à implementação dos rastreios e à sensibilização para a sua importância, bem como ao esclarecimento de dúvidas sobre os procedimentos associados. Adicionalmente, foi reforçada a importância da adesão às PBCI, bem como à adoção de precauções adicionais, nomeadamente medidas de isolamento, com o objetivo de prevenir a transmissão cruzada entre pessoas sem infeção e profissionais de saúde, como preconizado na Norma n.º 029/2012 da DGS (2013).

A DGS estabelece ainda, a notificação obrigatória de determinados microrganismos no prazo máximo de 48 horas, com o objetivo de assegurar uma resposta atempada, nomeadamente através da implementação de medidas de isolamento e do reforço das precauções, permitindo a contenção precoce de possíveis focos de infeção. Para além da notificação de “microrganismos alerta”, é também realizada a notificação periódica de microrganismos problema (DGS, 2023b). Neste contexto, durante o estágio, foi possível contactar com o programa informático HEPIC, compreendendo a sua relevância na notificação, monitorização e gestão da infeção associada aos cuidados de saúde.

Perante o exposto no âmbito do estágio de observação, tornou-se evidente o papel do EE no diagnóstico das necessidades dos serviços, na implementação de estratégias pró-ativas adaptadas à especificidade de cada serviço e na colaboração com as equipas multidisciplinares (OE, 2018).

O SUP, devido a fatores como a sua estrutura física, a elevada afluência de utentes e o consequente fluxo constante de pessoas, apresenta desafios acrescidos à implementação das PBCI e das medidas adicionais de isolamento. Um dos principais constrangimentos identificados relacionou-se com a presença simultânea de várias pessoas com necessidade de medidas adicionais de isolamento, decorrentes da identificação de microrganismos, num contexto marcado por limitações de espaço físico. Esta realidade implicou uma reorganização constante do serviço, com a necessidade de alocar estas pessoas a áreas que permitissem garantir condições adequadas de isolamento. Desta forma, torna-se evidente a relevância do papel do EE, particularmente na gestão e reorganização dos cuidados, de forma a garantir o cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção, salvaguardando simultaneamente a segurança das pessoas e dos profissionais. A sua intervenção revelou-se determinante na articulação da equipa, na adequação dos espaços disponíveis e na promoção de

práticas seguras, assegurando a minimização do risco de transmissão cruzada. Neste sentido, o EE “demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da PSC, na prevenção e controlo de infeção e na resistência a antimicrobianos, monitorizando, registando e avaliando estas medidas de prevenção e controlo implementadas” (OE, 2018, p. 19364).

Reconhecida como uma das intervenções mais eficazes, simples e custo-efetivas na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2019), a higiene das mãos assumiu particular relevância na prestação de cuidados. Para além da observação das práticas em contexto real, foi possível fornecer *feedback* imediato aos profissionais, promovendo a reflexão, a partilha de conhecimentos e a melhoria contínua dos cuidados.

Neste contexto, a integração em processos de auditoria, alinhados com as recomendações da DGS, em particular a Norma n.º 007/2019 (DGS, 2019), proporcionou uma aprendizagem significativa, evidenciando o contributo destas práticas para a mitigação do risco de infeção em contexto hospitalar.

No contexto da UCIP, e tendo por base a experiência prévia, foi possível, em determinados momentos, adotar um distanciamento da prestação direta de cuidados, permitindo uma análise mais crítica das práticas e do impacto das intervenções na redução das IACS e na promoção de boas práticas. Paralelamente, a análise das taxas de infeção evidenciou a importância da implementação consistente de feixes de intervenção sustentados em evidência científica, demonstrando que a sua aplicação integrada potencia resultados mais eficazes, quando comparada com a adoção isolada de medidas.

Neste enquadramento, destacamos a importância do papel do EE na promoção de boas práticas e na sensibilização das equipas para a importância da prevenção e controlo da infeção.

A participação no “Simpósio Digital – Prevenção e controlo de Infeção em Ambientes Críticos”, promovido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Doente Crítico, constituiu igualmente um contributo relevante para a atualização de conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção e sensibilização dos riscos associados aos ambientes críticos.

No decorrer dos estágios, tornou-se relevante aprofundarmos a compreensão dos documentos normativos e diretrizes que orientam a prática clínica do PPCIRA, bem como dos materiais desenvolvidos ao longo da UC Segurança da PSC - Prevenção e Controlo das IACS. Esta revisão permitiu-nos consolidar conceitos fundamentais e refletir sobre a sua aplicabilidade na prática.

Destacamos, ainda, a elaboração de um Plano de Prevenção e Controlo de Infeção para visitas na UCI, com base na aplicação das etapas do planeamento em saúde. Embora o impacto

das visitas hospitalares nas taxas de IACS não possa ser determinado com precisão, os autores defendem que a adesão rigorosa às medidas de precaução básica por parte de todos os visitantes pode contribuir para a redução das infeções causadas por microrganismos transmitidos por contacto e via respiratória, ao interromper a cadeia de transmissão (Cavalcante et al., 2021).

A participação nas atividades desenvolvidas no âmbito do PPCIRA, aliada à mobilização das normas e protocolos em vigor, permitiu desenvolver competências fundamentais na conceção, implementação e revisão de estratégias de prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos, em conformidade com o definido pela OE (2018).

A vivência destes estágios permitiu consolidar uma maior consciência crítica sobre a segurança e a qualidade dos cuidados, evidenciando a relevância de intervenções sistematizadas na prevenção das IACS. Ficou claro que a adoção consistente de boas práticas contribui de forma determinante para a redução do risco infeccioso e para o fortalecimento de uma cultura de segurança nas equipas.

Assim, tendo por base as experiências desenvolvidas e o enquadramento teórico que as sustenta, consideramos que foi possível desenvolver todas as competências previstas neste domínio.

4.CONCLUSÃO

A conclusão deste relatório marca o fim de uma etapa academicamente exigente, mas é sobretudo um momento de reflexão sobre o caminho percorrido enquanto futura EE e mestre em Enfermagem. Este percurso formativo constituiu-se como uma oportunidade única para olhar com sentido crítico para o papel do EE no seio das equipas, através da promoção de cuidados baseados na evidência científica e com o enquadramento ético e deontológico que rege a profissão de Enfermagem.

Ao longo dos estágios na UH, no SUP e na UCIP, todos centrados na prestação de cuidados à PSC, fomos confrontados com realidades distintas, com características próprias e desafios específicos, enriquecendo o processo de aprendizagem. Estes contextos, marcados pela instabilidade clínica, pela necessidade de resposta rápida diante do risco constante, exigiram uma mobilização contínua de conhecimentos avançados, capacidade para priorizar, com foco na segurança e qualidade dos cuidados.

Paralelamente à exigência clínica, estes cenários de cuidados evidenciam de forma clara a incerteza e a ansiedade que acompanham tanto a PSC como a sua família. A condição clínica frágil e volátil, a presença de múltiplos dispositivos e a própria dinâmica das equipas geram medo, ansiedade e dúvidas, exigindo dos enfermeiros uma resposta atenta, disponível e esclarecedora. Esta vivência reforçou a importância de que, para além da competência técnica, o EE assume um papel de referência para garantir uma comunicação clara e um acompanhamento próximo da família, aspetos fundamentais para a humanização dos cuidados em contextos altamente tecnológicos e complexos.

Partindo de um percurso profissional ligado à PSC, esta trajetória académica permitiu desenvolver um olhar crítico sobre a prática diária. Mais do que simplesmente repetir intervenções ou cumprir protocolos, fomos incentivados a questioná-las, promovendo o pensamento crítico e reflexivo, reconhecendo a importância de uma prática baseada em evidência e valorizando o impacto da tomada de decisão fundamentada nas pessoas cuidadas e nas suas famílias.

Consideramos que o recurso a um modelo estruturado como o MMPBE de June Larrabee foi essencial, quer no suporte no enquadramento teórico-conceitual, quer no desenvolvimento

de competências do EE. A utilização deste modelo possibilitou estruturar o pensamento, clarificar a necessidade de mudança, procurar evidência relevante, analisar o contexto e conceber propostas de melhoria ajustadas às condições concretas. A análise do modelo permitiu compreender que a mudança é um processo gradual e dinâmico, e que pequenas alterações, quando sustentadas, podem influenciar positivamente a segurança e a qualidade dos cuidados.

A opção pela temática da notificação de eventos adversos nos cuidados à PSC permitiu tornar a preocupação com a segurança mais concreta. Reconhecendo o papel decisivo do EE na qualidade e segurança dos cuidados através da sua intervenção diferenciada, foi evidente a necessidade de aprofundar esta área quer na prevenção de eventos adversos, quer nos ganhos em saúde e na consolidação de uma cultura de segurança centrada na pessoa e família. Neste sentido, foi evidente o nosso envolvimento, que se traduziu na procura de evidência que sustentasse o desenvolvimento da temática, recorrendo à metodologia ScR, bem como na disseminação dos resultados junto das equipas para fomentar a reflexão conjunta e na análise da realidade institucional através do contacto com os gabinetes de gestão de risco.

Face a este percurso, reconhecem-se avanços nesta área, contudo persistem barreiras à implementação efetiva da notificação. A notificação de eventos adversos só cumpre verdadeiramente o seu papel quando existe um ambiente favorecedor da confiança e da partilha no seio das equipas. A ausência de uma discussão sistemática sobre os eventos limita a aprendizagem das equipas e não previne a sua recorrência. Esta consciencialização veio reforçar a importância do EE na sensibilização e na promoção de momentos de reflexão, contribuindo ativamente para o fortalecimento de uma cultura de segurança.

A realização deste mestrado foi um percurso marcado por uma grande exigência face à conciliação entre a vida profissional, pessoal e académica, mas ao mesmo tempo nos momentos mais desafiantes e de maior dificuldade, surgiram oportunidades ímpares de crescimento. Exemplo disso foi a realização de um dos estágios numa ULS distinta da nossa e geograficamente distante, tendo sido, sem dúvida, uma oportunidade única. Sair da nossa zona de conforto permitiu confrontar realidades, comparar diferentes formas de organização de cuidados, perceber como problemas semelhantes podem ser abordados de maneiras diferentes e reconhecer necessidades de melhoria, reforçando o nosso compromisso com a aprendizagem.

Este percurso não se construiu sozinho, pois todos aqueles com quem contactámos, desde EE orientadores às equipas multidisciplinares e à orientação académica, contribuíram de forma decisiva para o nosso desenvolvimento, quer através da partilha de conhecimento, quer pelo exemplo e pelo apoio nos momentos de maior exigência.

A elaboração deste relatório permitiu, assim, articular experiência, conhecimento e reflexão num processo contínuo de aprendizagem. Terminada esta etapa, consideramos que os objetivos inicialmente traçados foram alcançados na sua totalidade, mantendo-se a consciência de que este percurso não se esgota na obtenção de um título, mas se prolonga no nosso compromisso com o cuidado à PSC. Assumimos, acima de tudo, o compromisso de promover cuidados humanizados, exigentes, fundamentados, de qualidade e seguros, orientando a prática pelos princípios que estiveram na base deste caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abban, M. K., Ayerakwa, E. A., Mosi, L., & Isawumi, A. (2023). The burden of hospital acquired infections and antimicrobial resistance. *Heliyon*, 9(10), e20561. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20561>
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência*. RT 11/2015. ACSS, IP. República Portuguesa. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2024). *Recomendações técnicas para Instalação de Unidade de Cuidados Intensivos*. RT 13/2019 V. 2024. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Ahmed, W. E., Fakhry, S. F., & Mohamed Badran, F. M. (2025). Bedside handover training and its effects on nurses' knowledge and compliance. *BMC Nursing*, 24, 1472. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04075-9>
- Al Khajeh, E. H. (2018). Impact of leadership Styles on organizational performance. *Journal of Human Resources Management Research*, 2018(2166-0018), 2166-2184. <https://doi.org/10.5171/2018.687849>
- Alves, R.A.R., Palmeiro, P.G., de Mera, C.M.P. & Krug, R.R. (2024). O ciclo pdca como ponto de partida rumo a gestão da qualidade nos serviços de saúde. *Contemporary Journal*, 4(8), 01-17. <https://doi.org/10.56083/RCV4N8-112>
- American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The essentials: Core competencies for professional nursing education*. American Association of Colleges of Nursing.
- American Heart Association (2016). *Advanced Cardiac Life Support Provider Manual*. American Heart Association.

American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.

Assembleia da República [AR]. (2005). *Constituição da República Portuguesa: VII constitucional*. República Portuguesa.
<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoorepublicaPortuguesa.aspx>

Assembleia da República [AR]. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República n.º 157, 1.ª série de 2018-08-16, 4147-4182.

Assembleia da República [AR]. (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República, 1ª série, n.º 169, 55-66.
<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Assembleia da República [AR]. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro: Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 215, 4-17.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/215-2023-223906275>

Assembleia da República [AR]. (2024). Lei n.º 8/2024 de 19 de janeiro, Diário da República n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19, 57-75 – terceira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>

Barros, P. P., & Simões, J. (2022). Acesso e equidade nos cuidados de saúde em Portugal: desafios e propostas de ação. *Saúde Soc.* 31(3), e220223.
<https://doi.org/10.1590/S0104-1290202231223>

Barroso, F. & Florêncio, V. (2021). Prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. In Barroso, F., Sales, L. & Ramos, S. (Coords.). *Guia prático para a segurança do doente*. (pp.217-234). Lidel

Barroso, F. & Ramos, S. (2021). Auditoria em segurança do doente. In Barroso, F., Sales, L. & Ramos, S. (Coords.). *Guia prático para a segurança do doente*. (pp.195-206). Lidel

- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American journal of bioethics*, 19(11), 9–12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P., Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2nd ed.). Springer Publishing Compan
- Bernardino, S.P. & Bernardino, C.P. (2025). Clinical governance through audit in promoting quality in clinical practice: scoping review. *Pensar Enfermagem*, 29(1): e00341. <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v29i1.341>
- Brenner, J. M., Delpier, M. Y., Simon, J. R., Geiderman, J. M., Marco, C. A., & Moskop, J. C. (2024). Privacy and confidentiality of emergency department patient information: Contemporary considerations and challenges. *JACEP Open*, 5(2), e13130. <https://doi.org/10.1002/emp2.13130>
- Bruinink, L. J., Linders, M., de Boode, W. P., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2024). The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes. *Resuscitation Plus*, 20, 100763. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100763>
- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Baumbach, A., Brugaletta, S., Capodanno, D., Cuisset, T., Deaton, C., Dweck, M. R., Escaned, J., Ferrante, G., Giannitsis, E., Halvorsen, S., Huculeci, R., Ištuk, N., Jeger, R. V., Kornowski, R., Koul, S., Landmesser, U., Lettino, M., Ludman, A. J., Marques, H., Menichelli, M., Metra, M., Pagano, D., Petronio, A. S., Pözl, G., Poon, M., Roffi, M., Sabaté, M., Shlyakhto, E., Sibbing, D., Siontis, G. C. M., Storey, R. F., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Witkowski, A., Windecker, S., & Collet, J.-P. (2023). 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 44(38), 3720–3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Cavalcante, G. C., Souza, M. S., Torres, A. R., Oliveira, C. L., Queiroz, J. W. N., Ribeiro, H. S., & Alves, J. M. (2021). Estratégias para quebra de cadeia de transmissão de

- microrganismos de precaução por contato em pacientes imunossuprimidos. *Brazilian Journal Of Health Review*, 4(4). 17455-17465. DOI:10.34119/bjhrv4n4-238
- Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). A eficácia da prática do enfermeiro líder clínico: Revisão sistemática da literatura. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(11), 57–64. <https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2024). *Annual epidemiological report for 2024* [Surveillance report]. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/monitoring/all-annual-epidemiological-reports>
- Danielis, M., Bellomo, F., Farneti, F., & Palese, A. (2021). Critical incidents rates and types in Italian Intensive Care Units: A five-year analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102950. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102950>
- Declaration, L. (2005). Patient Safety: Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. *Italian Journal of Public Health*, 2(3-4). <https://doi.org/10.2427/5955>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2010). *Guia geral para a elaboração de um plano de emergência das unidades de saúde* (Orientação n.º 007/2010). Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2013). Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013. *Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI)*. Ministério da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012–2016: Revisão e extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017a). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b). *Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Ministério da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017c). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Ministério da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Prevencao_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018). *Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Norma Clínica n.º 007/2019 de 16 de outubro. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2022/12/19/notificacao-e-gestao-de-incidentes-de-seguranca-do-doente/>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2023a). *Norma n.º. 008/2023. Medicamentos de Alta Vigilância*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2023b). *Norma clínica 004/2023: Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à admissão hospitalar e durante o internamento.*

Direção-Geral da Saúde. (n.d.). *Metodologia*. Normas DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/metodologia/>

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Dresser, S., Mohr, L., Scott, S., Beavers, S., Crudden, G., Rhine, L., Rose, R., Allen, D., Baker, M., & Passwater, C. (2025). The role of the CNS in advancing nursing practice, improving quality, and achieving organizational outcomes. *Nurse Leader*, 23(5), 102439. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2025.05.005>European

Eiras, M. (2021). Cultura de segurança do doente: novos desafios para a mudança de paradigma. In Barroso, F., Sales, L. & Ramos, S. (Coords.). *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 41-50). Lidel

Esteves, C. & Pinto, D. (2021). Importância de um programa de gestão da qualidade na saúde para a segurança do doente. In Barroso, F., Sales, L. & Ramos, S. (Coords.). *Guia prático para a segurança do doente*. (pp.19-30). Lidel

Fawcett, J. (1996). On the requirements for a metaparadigm: an invitation to dialogue. *Nursing Science Quarterly*, 9(3), 94-106. <https://doi.org/10.1177/089431849600900305>

Fawcett, J. (2024). More thoughts about the evolution of the metaparadigm of nursing: Addition of culture as another metaparadigm concept and definitions of all the concepts. *Nursing Science Quarterly*, 37(2), 183–184. <https://doi.org/10.1177/08943184231224409>

Figueiredo, R., Menezes, A. M., Abreu, E., Fernandes, M. C., Gonçalves, M. L. V., & Lourenço, T. M. G. (2024). Protocolos de transmissão de más notícias utilizados em contextos de cuidados paliativos: Uma revisão da literatura. *Jornal de Investigação Médica*, 5(1), e790. <https://doi.org/10.29073/jim.v5i1.790>

- Freitas, F. O., Ramalho, I. N., Silvano, K. A. A., Dias, P. G., Mendes, R. C., Scarcella, M. F. S., Avelino, A. M. L., Kelly, R., Bezerra, D. R. B., Conceição, M. A. S., Queiroz, D. I. B. de, Siqueira, D. S., & Campos, E. da C. (2024). Superlotação dos serviços de emergência: implicações para a segurança do paciente e para o trabalho da equipe de saúde. *RevistaFT*, 29(140), 1–15. <https://doi.org/10.69849/revistaft/pa10202411152325>
- Frias, A., Caldeira, E., Moreira, J., Nogueira M. J., & Mendonça S. (2023). *Norma para elaboração de trabalhos científicos e académicos*. Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.
- Fulton II, M. R., & Nordquist, E. (2025). *Advanced cardiac life support (ACLS)*. In *StatPearls* . StatPearls Publishing.
- Goekcimen, K., Schwendimann, R., Pfeiffer, Y. & Mohr, G. (2023). Addressing Patient Safety Hazards Using Critical Incident Reporting in Hospitals: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 19(1). DOI: [10.1097/PTS.0000000000001072](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001072)
- Gomes, J., Tinoco, C., Almeida, C., Ribeiro, L. P., Queirós, C., & Neves, H. (2023). Nursing interventions in emergency departments: The nurses’ perspectives. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2). <https://doi.org/10.12707/RVI23.36.29896>
- Gorman, J., Kung, J. Y., Rewa, O., Widder, S., & Slemko, J. (2024). Methods of detection of adverse events in critical care: A protocol for a systematic review. *BMJ Open*, 14, e085545. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085545>
- Graf, C., Rüst, C. A., Koppenberg, J., Filipovic, M., Hautz, W., Kaemmer, J., & Pietsch, U. (2024). Enhancing patient safety: Detection of in-hospital hazards and effect of training on detection (by training in a low-fidelity simulation Room of Improvement based on hospital-specific CIRS cases). *BMJ Open Quality*, 13, e002608. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002608>
- Griffey, R.T., Schneider, R.M. & Todorov, A.A. (2022). Emergency department adverse events detected using the emergency department trigger tool. *Ann Emerg Med.*, 80, 528–38. doi: 10.1016/j.annemergmed.2022.05.037.

- Griffeth, E.M., Gajic, O., Schueler, N., Todd, A. & Ramar, K. (2023). Multifaceted Intervention to Improve Patient Safety Incident Reporting in Intensive Care Units. *Journal of Patient Safety*, 19(7), 422–428. doi:10.1097/PTS.0000000000001151.
- Grupo Português de Triage [GPT]. (2011). *O Sistema de Triage de Manchester e as Vias Verdes: Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho*. GPT. Amadora: Portugal. <https://www.grupoportuguestriage.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triage-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Hamed, M. M. M., & Konstantinidis, S. (2022). Barriers to incident reporting among nurses: A qualitative systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5), 506–523. <https://doi.org/10.1177/0193945921999449>
- Hamilton, D. K., Gary, J. C., Scruth, E., Anderson, H. L. III, Cadenhead, C. D., Oczkowski, S. J., Lau, V. I., Adler, J., Bassily-Marcus, A., Bassin, B. S., Boyd, J., Busl, K. M., Crabb, J. R., Harvey, C., Hecht, J. P., Herweijer, M., Gunnerson, K. J., Ibrahim, A. S., Jabaley, C. S., ... Anderson, D. C. (2025). Society of Critical Care Medicine 2024 guidelines on adult ICU design. *Critical Care Medicine*, 53(3), e690–e700. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000006572>
- Hanzel, R. C., & de Faveri, F. (2024). Estilos de liderança de enfermeiros que atuam em instituição hospitalar. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(10), e17617. <https://doi.org/10.25248/REAS.e17617.2024>
- International Council of Nurses [ICN]. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. Genebra: ICN. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- International Council of Nurses [ICN]. (2019). *Core competencies in disaster nursing: Version 2.0*. International Council of Nurses.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2012). *Manual de situação de exceção (Versão 3.0)*. Instituto Nacional de Emergência Médica. ISBN 978-989-8646-08-8. <http://bvabrant.es.pt/WebResources/SitePages/forma/manuaisInem/manualSE.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2024). *Plano estratégico INEM 2024–2026*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2024/07/Plano-estrategico-INEM-2024-2026_site.pdf

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2025). *Causas de morte 2023: menos mortes por doenças do aparelho circulatório 2023*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=706996012&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Institute of Medicine [IOM]. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.

Institute for Safe Medication Practices [ISMP]. (2020). *ISMP Guidelines for Optimizing Safe Implementation and Use of Smart Infusion Pumps*. Institute for Safe Medication Practices. <https://www.ismp.org/resources/guidelines-optimizing-safe-implementation-and-use-smart-infusion-pumps>

Institute for Safe Medication Practices [ISPM]. (2024). *ISMP targeted medication safety best practices for hospitals*. ISMP.

Jäger, C., Mohr, G., Gökcimen, K., Zwahlen, M., & Jüni, P. (2021). Critical incident reporting over time: A retrospective, descriptive analysis of 5493 cases. *Swiss Medical Weekly*, 151, w30098. <https://doi.org/10.4414/smw.2021.w30098>

Johnson, E. A., Carrington, J. M. (2022) Revisiting the nursing metaparadigm: Acknowledging technology as foundational to progressing nursing knowledge. *Nursing Inquiry* 30(1), 6-9. <https://doi.org/10.1111/nin.12502>

Klotz, K., Riedel, A., Lehmeyer, S., & Goldbach, M. (2022). Legal Regulations and the Anticipation of Moral Distress of Prospective Nurses: A Comparison of Selected Undergraduate Nursing Education Programmes. *Healthcare*, 10(2074), 1-17. <https://doi.org/10.3390/healthcare10102074>

Kuitunen, S. K., Niittynen, I., Airaksinen, M., & Holmström, A.-R. (2021). Systemic defenses to prevent intravenous medication errors in hospitals: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1669–e1680. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000688>

- Kuske, S., Willmeroth, T., Schneider, J., Belibasakis, S., Roes, M., Borgmann, S.O. & Febrero, M.I.C. (2022). Indicators for implementation outcome monitoring of reporting and learning systems in hospitals: an underestimated need for patient safety. *BMJ Open Quality*, 11:e001741. doi:10.1136/bmjopen-2021-001741
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to nurse: Prática baseada em evidências em enfermagem*. Porto Alegre: AMGH Editora.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. ASA
- Lemos, D. M., Oliveira, T. K. M., Costa, A. B. O., Diniz, S. O. S., & Silva, P. S. da. (2024). Gerenciamento do cuidado: reflexões produzidas no ensino de enfermagem através da criação de imagens. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(2), 1–18. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.2-028>
- Lewis, K., Balas, M. C., Stollings, J. L., Ely, E. W., Fraser, G. L., Needham, D. M., Pun, B. T., Devlin, J. W., Skrobik, Y., Girard, T. D., Khan, B. A., Kress, J. P., Mehta, S., Patel, M. B., Punjasawadwong, Y., Pisani, M. A., Fraser, J. F., Chanques, G., Inoue, S., ... Alhazzani, W. (2025). A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 53(3), e711–e727. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000006574>
- Lin, C.-H., Tzeng, W.-C., Chiang, L.-C., Lee, M.-S., & Chiang, S.-L. (2023). Determinants of nurses' readiness for disaster response: A cross-sectional study. *Heliyon*, 9(10), e20579. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20579>
- Malta, H. F., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. A. (2023). Comunicação de más notícias perspectivada segundo Meleis e Watson: Uma revisão narrativa. *Servir*, 2(4), e28390. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28390>
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare*, 10(6), 1075. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>

- Marques, R., Pontífice-Sousa, P. & Néné, M. (2024). A cultura do processo reflexivo na construção de competência. In Marques, R., Néné, M & Sequeira, C. (Coords.) *Enfermagem avançada*. (pp.94-98). Lidel
- McEwen, M. & Willis, E.M. (2014). *Theoretical Basis for Nursing* (4.^aed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situati_on_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5.^a ed.). Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, D. J., Redelinghuys, C., & Korda, B. (2025). Not all syringes are equal: The comparative performance of syringes in propofol target-controlled infusions. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 31(1), 17–24.
<https://doi.org/10.36303/SAJAA.3147>
- Ministério da Saúde [MS]. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República, 1.^a série-A, n.º 205, 2959–2962. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-385473>
- Ministério da Saúde [MS]. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde [MS]. (2014). Despacho n.º 10319/2014., de 11 de agosto. Diário da República, 2.^a série, n.º 153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde [MS]. (2015). Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio: Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020. Diário da República, 2.^a série, n.º 102, 13550-13553.

- Ministério da Saúde [MS]. (2021). Despacho n.º 9390/2021 de 24 setembro: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República, 2.ª série, n.º 187, 96-103.
- Ministério da Saúde [MS]. (2022). Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro. Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Diário da República, N.º 174/2022, Série II de 08-09-2022, pp. 93-99. Ministério da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Ministério da Saúde [MS]. (2025). Despacho n.º 840/2025: Procede à implementação de um novo modelo de transporte inter-hospitalar de doente crítico. Diário da República n.º 13/2025, Série II de 2025-01-20. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/840-2025-318569092>
- Nações Unidas. (2017). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Publicações das Nações Unidas. https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2023/10/PT-UDHR-v2023_web.pdf
- Nascimento, A. R. L., Cordeiro, R. N., & Galinha-de-Sá, F. L. F. R. (2023). Comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva: uma revisão integrativa. *Revista Brazilian Journal of Health Review*, 6(4), 17832-17851. DOI:10.34119/bjhrv6n4-297
- Nordness, M. F., Hayhurst, C. J., & Pandharipande, P. P. (2021). Current perspectives on the assessment and management of pain in the intensive care unit. *Journal of Pain Research*, 14, 1733–1744. <https://doi.org/10.2147/JPR.S256406>
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem. Fundamentos e horizontes*. Lusociência.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13747/1/Problemas_eticos_identificados_por_enfer.pdf
- Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?* Francisco Manuel dos Santos.

- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2.^a ed.). Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-86-4
- Nunes, L., & Amaral, G. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem: Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem.
- Nunes, G. K., Campos, J. F., & Silva, R. C. (2022). Intravenous therapy device labeling in intensive care units: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6), e20220049. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0049>
- Nunes, J. R., Moreira, J., Pereira, E., & Moreira, C. (2023). Qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Em O. Ribeiro (Ed.), *Ambientes de prática de enfermagem positivos* (pp. 111–123). LIDEL.
- Nunes, G. de K., Araújo, B. G. R., Rentz Alves, L. B. P., Camerini, F. G., Duarte, S. da C. M., Campos, J. F., & Silva, R. C. da. (2025). Intravenous line labels for high-alert drugs administered to critically ill patients: A simulated experimental assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 81(9), 5573–5584. <https://doi.org/10.1111/jan.16529>
- Oliveira, J. R., Xavier, R. M. F., Santos Júnior, A., Gama, Z. A. S., Amante, L. N., & Paiva, S. M. A. (2022). Cultura de segurança do paciente e incidentes registrados durante as passagens de plantão de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(3), 386–392. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220446-pt>
- Oliveira, I., Costeira, C., Pereira Sousa, J., Santos, C. (2024a). Patient Safety Culture in the Context of Critical Care: An Observational Study. *Nursing Reports*, 14, 1792–1806. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030133>
- Oliveira, L. de S. de, Souza, J. S. R. de, Terra, F. de S., Lima, R. S., & Vilela, S. de C. (2024b). Enfermagem em preservação de vestígios forenses nos serviços de emergência/urgência: revisão de escopo. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17(7), e8270. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.7-129>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). *DOR: Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE. Série I. N1.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 35, 8648-8653.
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). *Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 123, 17240–17243.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e Regulamento do Exercício 105 Profissional dos Enfermeiros (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (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*. Disponível em https://ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República* n.º 135, 2.ª série de 2018-7-16, 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República* n.º 26, 2.ª série, de 2019-2-06, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. *Diário da República* n.º 184, 2.ª série, de 2019-9-25, 128-155.

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Tomada de posição: Gestão de Enfermagem nas Unidades Locais de Saúde* [Tomada de posição]. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2020). *Quality health services: A planning guide. World Health Organization*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336661/9789240011632-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2022a). *Global report on infection prevention and control*. Organização Mundial da Saúde.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2022b). *Antimicrobial resistance*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2024). *Global patient safety report 2024*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>

Patel, K. M., & Metersky, K. (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(3), 180–187.
<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>

Patrician, P. A., Campbell, C. M., Javed, M., Williams, K. M., Foots, L., Hamilton, W. M., House, S., & Swiger, P. A. (2024). Quality and Safety in Nursing: Recommendations From a Systematic 122 Review. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 46(4), 203–219.
<https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000430>

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3(8), 207–216.
<https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2005.00039.x>

Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- Peterson, S.J. (2013). Introduction to the nature of nursing knowledge. In S.J. Peterson & T.S.B. Bredow. *Middle range theories: application to nursing research* (3^a.ed., pp. 1-32). Lippincott Williams & Wilkins
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA]. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio-2017.aspx>
- Puro, V., Coppola, N., Frasca, A., & et al. (2022). Pillars for prevention and control of healthcare-associated infections: An Italian expert opinion statement. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 11, 87. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01125-8>
- Ramos, S., Sales, L. & Barroso, F. (2021). Segurança do doente: princípios e conceitos. In Barroso, F., Sales., L & Ramos, S. (Coords.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 3-10). Lidel
- Rankin, J. M. (2009). The nurse project: An Analysis for nurses to take back our work. *Nursing Inquiry*, 16(4), 275-286. Doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00458.x.
- Resuscitation Council UK. (2024). *The ABCDE approach*. Resuscitation Council UK.
- Rocha, M.C.J. & Martins, M.R.J. (2024). A evolução do conhecimento científico em enfermagem: metaparadigma, paradigma, filosofia. Modelos e teorias de enfermagem. In. Marques, R., Néné, M. & Sequeira, C. (Coords.). *Enfermagem avançada* (pp. 36-43). Lidel
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317–322. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>
- Sales, L. (2021). Segurança do doente no século XXI. In Barroso, F., Sales., L & Ramos, S. (Coords.), *Guia prático para a segurança do doente* (p.2). Lidel

- Sampaio, D. C., Dominguez, R. G. S. & Rivemales, M. da C. C. (2021). Teorias de enfermagem e sua articulação com a prática: Relato de experiência. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 107211–107219. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-383>
- Santos, F. C. M., Nascimento, E. R. P., Rosa, R. S., Lucena, A. F., Peixoto, C. G. G., & Nascimento, K. C. (2022). Delirium in the intensive care unit: Identifying difficulties in applying the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *BMC Nursing*, 21, 323. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01103-w>
- Santos, L. & Cerqueira, M. (2022). As experiências dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade na prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (1), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RV21153>
- Santos, P. A. F. dos, Batista, R. C. N., Coutinho, V. R. D., & Rabiais, I. C. M. (2023). Interdisciplinary and interinstitutional simulation and cooperation: development of nursing students competencies in disaster. *Escola Anna Nery*, 27. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2022-0077en>
- Santos, E., Brito, A. C., Fonseca, L., Figueiredo, M., Esteves, M., & Santos, D. (2026). Interventions to reduce overcrowding in emergency departments: An umbrella review. *International Emergency Nursing*, 84, 101729. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2025.101729>
- Sardo, P. M. G., Macedo, R. P. A., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. L., Guedes, J. A. D., Sauro, K. M., & Stelfox, H. T. (2022). Patient safety in the ICU: Exploring trends in adverse events in ICUs. *ICU Management & Practice*, 22(1), 10–14. https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/icu1-22-patient-safety-in-the-icu-exploring-trends.pdf
- Sauro, K. M., & Stelfox, H. T. (2022). Patient safety in the ICU: Exploring trends in adverse events in ICUs. *ICU Management & Practice*, 22(1), 10–14. https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/icu1-22-patient-safety-in-the-icu-exploring-trends.pdf
- Sérgio, M. S. S. B. B., Carvalho, A. L. R. F. de, & Pinto, C. M. C. B. (2023). Percepção dos enfermeiros portugueses: supervisão clínica e indicadores de qualidade na assistência

- de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3), e20220656. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0656pt>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2023). *SNS Cardiologia: Rede de referência hospitalar de cardiologia 2023*. Serviço Nacional de Saúde.
- Shirasaki, K., Hifumi, T., Nakanishi, N., Nosaka, N., Miyamoto, K., Komachi, M. H., Haruna, J., Inoue, S., & Otani, N. (2024). Postintensive care syndrome family: A comprehensive review. *Acute Medicine & Surgery*, 11(1), e939. <https://doi.org/10.1002/ams2.939>
- Silva, L. A., Dias, A. K., Gonçalves, J. G., Pereira, N. R., & Pereira, R. A. (2019). Atuação da enfermagem em urgência e emergência. *Revista Extensão*, 3(1), 83-92. <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/1688>
- Silva, R. X., Ferreira, C. A. A., Sá, G. G. M., Souto, R. Q., Barros, L. M., & Galindo-Neto, N. M. (2022). Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: uma revisão de escopo. *Revista Latino-Americana*, 30(3593), 1-14.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI]. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2023. Ordem os Médicos*. https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos [SPCI]. (2024, julho). *Recomendações para o seguimento da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos no doente e família*. Grupo de Trabalho Follow-up no Doente Crítico. https://www.spci.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPICI_e_follo_wup_doente_e_familia_SPCI_e_OM_2024.pdf
- Sousa, E., Lin, C.-F., Gaspar, F., & Lucas, P. (2022). Translation and validation of the indicators of quality nursing work environment in the Portuguese cultural context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12535. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912535>
- Sousa, M., Sousa, M., Gonçalves, N., Mosa, R., Pinto, V., Marques, M. do C., & Ruivo, A. (2025). Contributions of the ISBAR technique to nursing care handoff in hospitalized

- patients: Scoping review. *Revista Ibero-Americana de Salud y Envejecimiento*, 11(3), 39–46. [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(03\).805.39-46](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(03).805.39-46)
- 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>
- Timmins, F., Green, G., Parissopoulos, S., & Thompson, D. (2023). Management and leadership of intensive care units for the future. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 149–152. <https://doi.org/10.1111/nicc.12892>
- Tomey, A., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5.^a ed.). Loures: Lusociência
- União Europeia. (2000). Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000/C 364/01). *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, C 364, 1–22. https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf
- Vieira, J.V., Deodato, S., Mendes, F. (2021). Perceptions of intensive care unit nurses of therapeutic futility: a scoping review. *Clin Ethics*, 16: 17–24. <https://doi.org/10.1177/1477750920930376>
- Vieira, J. V., Deodato, S., & Mendes, F. (2022). Therapeutic futility in nursing: A focus group. *SAGE Open Nursing*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.1177/23779608221134768>
- Vieira, J. V., Oliveira, H., Deodato, S., & Mendes, F. (2025). Futile therapeutic nursing interventions in adult intensive care: A descriptive study. *Nursing Ethics*, 32(5), 1458–1476. <https://doi.org/10.1177/09697330241277988>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3^a ed). Lisboa, Portugal. Edições Sílabo.
- Vilela, C., Lima, A. & Martins, M.M. (2024). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem avançada* (pp. 157-164). Lidel.
- Wani, MS, Kaur, A., Chew, A., & Alobaidi, H. (2023). Impacto das listas de verificação na segurança do paciente internado: uma revisão da literatura recente. *International*

Journal of Applied Research, 9 (11), 05–20.
<https://doi.org/10.22271/allresearch.2023.v9.i11a.11336>

World Health Organization [WHO]. (2020). *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>

World Health Organization [WHO]. (2021a). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>

World Health Organization [WHO]. (2021b). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

APÊNDICES

**APÊNDICE A - PROPOSTA DE INSTRUÇÃO DE TRABALHO “IDENTIFICAÇÃO
DE MEDICAÇÃO IV EM PERFUSÃO”**

Área de Cuidados Intensivos UUM

Identificação medicação IV em perfusão

Instrução de trabalho

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Esta instrução de trabalho tem como referência os Procedimentos Multisectoriais MED. 144 Preparação e Administração de Medicamentos, MED.123 Gestão de Medicamentos de Alerta Máximo, SDO.101 Dispositivos eletrónicos de perfusão: Procedimentos de segurança e SDO.121 Rotulagem de seringas/frascos com medicamentos específicos para administração endovenosa ou epidural/perineural. O objetivo é reduzir erros de medicação e dano evitável na administração de medicamentos EV em perfusão contínua e intermitente.

2 – ÂMBITO DA APLICAÇÃO

- Todos os enfermeiros que constituem a equipa da UUM.

3- INSTRUÇÃO DE TRABALHO

- A presente instrução de trabalho, visa a uniformização de procedimentos na identificação de medicamentos IV em perfusão contínua e intermitente, após a sua correta preparação/reconstituição.

Legibilidade da rotulagem de medicamentos EV em perfusão

- As preparações da medicação a administrar por via EV, perfusões intermitentes ou contínuas, devem ser devidamente rotuladas;

- A rotulagem da medicação administrada por via EV, em perfusão contínua ou intermitente, deve ser efetuada através da etiqueta fornecida pelo sistema informático *Patient Care*.

- Após a impressão da etiqueta gerada pelo sistema *Patient Care*, o profissional deve verificar se a mesma contém, de forma legível, a seguinte informação obrigatória:

- o nome do fármaco, no caso de medicamento LASA (lista disponibilizada no procedimento multisectorial MED.123), deve ser respeitada a tipografia *Tall Man Lettering*;
- dosagem total ou dose por volume de líquido do fármaco (ex. microgramas, miligramas ou unidades internacionais por mL);
- identificação de quem adicionou o fármaco;
- data e hora da preparação do fármaco.

- A rotulagem da medicação deve respeitar o código de cores pré-definido pelo CHULC no procedimento multisectorial acima mencionado. O nome do medicamento deve ser sublinhado com marcador vermelho nos Medicamentos de Alerta Máximo (MAM), e marcador amarelo para os restantes;

- Na ausência de etiquetas fornecidas pelo sistema *Patient Care* (ex.: falha de energia, indisponibilidade do sistema ou situações de emergência e prescrição verbal), devem ser utilizadas as etiquetas fornecidas pelo CHULC, respeitando o mesmo código de cores.

Nota: Nas etiquetas geradas pelo sistema *Patient Care* para medicação em perfusão contínua, o ritmo de perfusão surge automaticamente impresso. Considerando que este parâmetro é variável e sujeito a ajustes ao longo do turno, e não sendo possível a sua remoção do *layout* da etiqueta por limitação técnica do sistema, a informação relativa ao ritmo de perfusão deve ser rasurada, não devendo ser considerada como valor válido para administração.

Identificação de prolongamentos intravenosos em múltiplas perfusões contínuas

- As linhas de perfusão, devem ser identificadas, de forma clara e legível, com o nome e dosagem do medicamento (ex. mg/ml) e data da colocação do prolongamento;
- Sempre que possível, devem ser utilizadas as etiquetas de estratégia ColorADD® na identificação dos prolongamentos, por permitir uma identificação mais rápida do medicamento administrado, através da associação imediata à cor/símbolo correspondente;
- Antes de conectar ou administrar medicamentos, percorrer os prolongamentos e linhas da solução até ao doente.

Utilização dos Dispositivos Eletrónicos de Perfusão (DEP)

- A administração de medicamentos por VI deve, sempre que aplicável, ser efetuada através de DEP, sendo prioritária nos MAM (lista disponibilizada no procedimento multisectorial MED.123);
- Selecionar o DEP adequado para o tipo de medicamento/fluido/nutriente a administrar, verificar se se encontra em condições de ser utilizado;
- Utilizar consumíveis compatíveis para o funcionamento seguro dos DEP;

Nota: A precisão da perfusão de uma solução poderá ser comprometida se as características dos consumíveis utilizados não forem adequadas (ex. a identificação incorreta do modelo de seringa a usar).

- Programar os DEP de forma segura, através da definição do volume e ritmo a administrar, de acordo com o procedimento multisectorial SDO.101;

▪ Utilização de *Smart Pumps*

Na utilização de *smart pumps*, devem estar definidas bibliotecas de fármacos e protocolos de administração, de forma a minimizar erros de seleção ou programação. Os aspetos a padronizar devem incluir:

- a) Concentração do medicamento/ iões,
- b) Fluxo/ ritmo máximo,
- c) Fluxo/ duração do tratamento,
- d) Rotulagem no ecrã do DEP utilizando *Tall Man lettering*, em particular, nos medicamentos LASA.

Nota: A biblioteca de fármacos deve ser revista periodicamente, de forma a garantir a sua adequação contínua às necessidades da unidade, devendo ser solicitada a atualização ou adaptação dos fármacos nela incluídos sempre que se verifique necessidade.

- Assinalar a troca de seringa no Patient Care, através de “Gerar Consumo”;
- Verificar a permeabilidade do acesso antes de iniciar qualquer perfusão;
- Realizar a **dupla verificação independente**, de forma sistemática, em todo o seu circuito dos MAM, por contribuir para maior segurança no processo de utilização (identificação do doente; medicamento; dose, via de administração e cálculo); A concordância entre doses, registos e programação das bombas de perfusão deve ser verificada;

Todos os incidentes de segurança do doente relacionados com a medicação administrada por IV, incluindo os MAM, bem como com a utilização de DEP e respetivos consumíveis, devem ser obrigatoriamente reportados no sistema interno de relato de incidentes (HER+), em conformidade com o procedimento multissetorial GRI.101 – Relato de Incidentes de Segurança do Doente e Segurança Geral.

**APÊNDICE B - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NA UCIP SOBRE
“IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO INTRAVENOSO COMO ESTRATÉGIA
DE SEGURANÇA NO DOENTE CRÍTICO”**

PLANO DE SESSÃO				
Tema da sessão	Identificação do medicamento intravenoso como estratégia de segurança no doente crítico			
Duração da sessão	35 minutos			
Público-Alvo	Equipa de Enfermagem da UUM da ULS São José			
Local-Data-Hora	Reunião online Teams 26 janeiro 2026, pelas 18h00			
Formador(a)	Enfermeira Vanessa Pinto			
Objetivos da sessão	<u>Geral</u> : Contribuir para a melhoria da segurança do doente crítico; Promover a reflexão da equipa sobre a prevenção de eventos adversos associados à medicação.			
	<u>Específicos</u> : Contextualizar a relevância da temática; Apresentar os principais resultados de observações à segurança da medicação intravenosa; Divulgar a proposta de instrução de trabalho.			
Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos	Tempo	Meios auxiliares de ensino
<u>Introdução</u>	Apresentação do formador(a) e dos objetivos da sessão.	Método expositivo Método ativo	4 minutos	Retroprojektor ou ecrã para projeção Computador com câmara e microfone
<u>Desenvolvimento</u>	Análise da importância da temática com base em dados nacionais e internacionais e no impacto dos eventos adversos na qualidade dos cuidados.		20 minutos	
	Síntese dos resultados das observações realizadas.			
	Divulgação da proposta de instrução de trabalho.			
	Considerações finais e implicações para a prática de enfermagem			
<u>Conclusão</u>	Esclarecimento de dúvidas. Encerramento da sessão.	10 minutos		
<u>Referências</u>	Referências bibliográficas, segundo normas APA 7ªed.	1 minuto		

APÊNDICE C - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SUP SOBRE “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E O SEU CONTRIBUTO NA SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO”

PLANO DE SESSÃO					
Tema da sessão	A Notificação de Eventos Adversos e o seu Contributo na Segurança do Doente Crítico				
Duração da sessão	35 minutos				
Público-Alvo	Equipa de Enfermagem do [REDACTED]				
Local-Data-Hora	Sala de Formação do [REDACTED] /Reunião online Teams 4 novembro 2025, pelas 14h00				
Formador(a)	Enfermeira Vanessa Pinto				
Objetivos da sessão	<u>Geral</u> : Promover a reflexão e a sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da notificação de eventos adversos como estratégia essencial de melhoria contínua da qualidade e da segurança do doente crítico.				
	<u>Específicos</u> : Contextualizar a relevância da temática; Analisar os conceitos de qualidade e cultura de segurança dos cuidados de Enfermagem; Compreender o papel da notificação de eventos adversos; Apresentar os resultados da <i>scoping review</i> ; Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância na participação ativa na cultura de segurança.				
Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos	Tempo	Meios auxiliares de ensino	
<u>Introdução</u>	Apresentação do formador(a) e dos objetivos da sessão.	Método expositivo Método ativo	4 minutos	Retroprojeter ou ecrã para projeção Computador com câmara e microfone	
<u>Desenvolvimento</u>	Análise da importância da temática com base em dados nacionais e internacionais e no impacto dos eventos adversos na qualidade dos cuidados.		20 minutos		
	Conceptualização dos conceitos qualidade em saúde e cultura de segurança dos cuidados.				
	Exploração do conceito e objetivos da notificação de eventos adversos.				
	Síntese dos resultados da revisão <i>scoping</i> e sua aplicação na prática, destacando o contributo da notificação para a segurança do doente crítico.				
	Considerações finais e implicações para a prática de enfermagem				
<u>Conclusão</u>	Esclarecimento de dúvidas. Encerramento da sessão.	10 minutos			
<u>Referências</u>	Referências bibliográficas, segundo normas APA 7ªed.	1 minuto			

**APÊNDICE D - POSTER APRESENTADO NAS 1AS JORNADAS
INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM ULS ALENTEJO CENTRAL CAMINHOS
CONVERGENTES: ENFERMAGEM E A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS, SOBRE
“CONTRIBUTOS DA TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM
ENFERMAGEM NO DOENTE HOSPITALIZADO – SCOPING REVIEW”**

CONTRIBUTOS DA TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM NO DOENTE HOSPITALIZADO – SCOPING REVIEW

1,2Sousa, M. • 1,2Sousa, M. • 1,2Gonçalves, N. • 1,2Mosa, R. • 1,2Pinto, V. • 3Marques, M. C. • 4Ruivo, A.

INTRODUÇÃO

A temática da transição dos cuidados de saúde, tem ganho um papel de relevo, ao longo dos anos, a nível mundial, por se encontrar intrinsecamente ligada à comunicação entre profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, e à segurança do doente. Sabe-se, também, que os momentos de transição de cuidados, sejam eles, passagens de turno, transferências de doente intra e inter-hospitalar, são situações de grande complexidade e vulnerabilidade, estando suscetíveis a um acrescido risco de erro.³ A Direção-Geral da Saúde (DGS), estabelece que, para a comunicação ser eficaz entre os profissionais de saúde, esta deve ser “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”.⁴ O enfermeiro, como um dos elementos-chave na prestação de cuidados de saúde, deve assegurar a continuidade de cuidados de qualidade, garantido que toda a informação clínica é transmitida.

OBJETIVO

Mapear o contributo da técnica ISBAR na transição de cuidados em Enfermagem no doente hospitalizado.

METODOLOGIA – PROTOCOLO SCOPING

P – doente hospitalizado
C – técnica ISBAR
C – transição de cuidados de Enfermagem

Descritores DeCS/MeSH

- Comunicação /Communication
- Transferência do paciente/Patient handoff
- « ISBAR »

Motor de busca/Base de dados

- B-On
- PubMed

Critérios de inclusão

- Limite temporal 2019-2024
- Analisado por pares
- Publicações em revistas académicas
- Texto completo
- Idiomas português e inglês

```
graph TD; A[Registos identificados com a aplicação do método] --> B[Registos n= 19]; B --> C[Registos n= 10]; C --> D[Registos n= 6]; D --> E[Registos n= 7]; E --> F[Registos selecionados n= 7]; G[Registo excluído por duplicação n= 1]; H[Registos excluídos após leitura do título n= 8]; I[Registos excluídos após leitura do resumo n= 4]; J[Registo incluído de revista científica n= 1]; B -.-> G; C -.-> H; D -.-> I; E -.-> J;
```

Adaptado de PRISMA

I IDENTIFICAÇÃO S SITUAÇÃO B BACKGROUND /ANTECEDENTES A AVALIAÇÃO R RECOMENDAÇÕES ⁽⁴⁾

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Resultados

Autores/ano	Tipo de estudo/Nível de evidência	Objetivo/question de estudo	Resultados
¹ Burgess, Diggele, Roberts & Mellis, 2020	Revisão integrativa da literatura/4.d	Destacar elementos-chave da transferência de cuidados eficaz e explorar as técnicas de ensino que visam garantir que o ISBAR seja utilizado de forma eficaz.	O recurso à ISBAR garante uma transferência de informação completa e exata, minimiza o tempo despendido, aumenta a confiança entre pares, promove o foco na questão e é útil na documentação de informação. Contudo, o seu uso correto requer treino e formação adequados.
² Figueiredo, Potra & Lucas, 2020	Revisão scoping	Mapear e examinar a evidência científica relacionada com as vantagens da utilização da técnica ISBAR.	Minimização de perda de informação, inclusão da família nos cuidados, aumento da segurança do doente, gestão de expectativas, melhoria da transferência de informação e aumento da confiança nos cuidados prestados.
³ Haddeland, Marthinsen, Söderhamn, Flateland & Moi, 2022	Estudo qualitativo/4	Explorar como enfermeiros e médicos anestesiastas, em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos experienciam o método ISBAR na sua prática clínica.	A ISBAR é importante para uma linguagem homogénea e estruturada entre todos os elementos da equipa. É fundamental na diminuição do erro clínico consequente da má comunicação, na promoção da segurança do doente, na melhoria do trabalho em equipa e na avaliação dos casos clínicos.
⁵ Castro, Marques & Vaz, 2022	Estudo observacional, descritivo, transversal, quantitativo/4.c	Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno no serviço de emergência e perceber os seus conhecimentos acerca da temática da segurança do paciente.	50% da amostra considera importante reformular os métodos utilizados durante momentos de passagem de turno; 78% defende que se deve fazê-lo através de uma técnica normalizada; 84% indica a ISBAR a melhor técnica.
⁶ Siqueira, Silva, Cypriano, Figueiredo, Almeida & Marins, 2002	Revisão integrativa da literatura/5.b	Quais são as ferramentas usadas para melhorar a comunicação entre profissionais de UCI?	A ISBAR promove a comunicação eficaz e completa, a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, e reduz a incidência de erros e danos. Os profissionais devem ser treinados e guiados sobre o instrumento.
⁷ Ferreira, Melo, Araujo, Gandra & Alves, 2023	Estudo de caso, de natureza qualitativa/3	Analisar a transferência de cuidados (passagem de turno) realizada pelos profissionais de enfermagem numa unidade de pronto atendimento.	A transferência de cuidados deve ser clara, objetiva, multidisciplinar, efetiva, competente e empática. Utilizar técnicas, como a ISBAR, minimiza erros, dificuldades, descontinuidade de cuidados, o uso de linguagem confusa, unidirecional, imprecisa, incompleta e não pertinente.
⁸ Araujo, Almeida, Paula, Nepomuceno & Marins, 2020	Estudo quase experimental/3.b	Analisar a implementação do método ISBAR nas transferências de cuidados entre turno de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva.	Após a adesão à ISBAR, os momentos de passagem de turno tornaram-se mais ricos em informação consistente e precisa e os profissionais demonstraram mais confiança no seu discurso.

Fonte: Elaboração própria

A técnica ISBAR é uma ferramenta estruturada e padronizada que facilita a comunicação durante a transmissão de informações, ajudando a evitar falhas na continuidade dos cuidados e a melhorar a segurança do paciente^{1,2}. Os artigos analisados foram unânimes ao apresentarem um conjunto de benefícios associados à utilização da técnica ISBAR na transição e transmissão de cuidados, e a sua relação direta com a segurança do doente. O uso de mnemónicas, pela sua estruturação, constitui-se como um dos principais instrumentos de comunicação e transferência de cuidados, sendo fundamental que estas estejam devidamente explícitas⁶. No entanto, a utilização da técnica ISBAR requer treino e orientação adequados, conseguidos com exercícios de prática simulada ou sessões de esclarecimento, prevenindo falhas e heterogeneidades no discurso^{1,6}.

CONCLUSÃO

A transição de cuidados é essencial para a continuidade de cuidados, devendo ocorrer com recurso a uma comunicação eficaz, eficiente e uniformizada. Esta é conseguida através da utilização da técnica ISBAR. A estruturação da informação através da técnica ISBAR permite a diminuição do erro clínico associado à má comunicação. Tal acontece, porque a técnica ISBAR, como instrumento padronizado, possibilita a priorização da informação clínica e, consequentemente, o pensamento crítico, a tomada de decisões e o trabalho em equipa. Facilita, ainda, a integração de novos profissionais na equipa de saúde. Assegurada a comunicação, e a transição de cuidados, estão, de igual modo, garantidas a qualidade dos cuidados de Enfermagem e a segurança do doente.

REFERÊNCIAS

APÊNDICE E - POSTER APRESENTADO NO CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO 2025, SOBRE “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E O SEU CONTRIBUTO NA SEGURANÇA DO DOENTE INTERNADO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS”

#DC'25

A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E O SEU CONTRIBUTO NA SEGURANÇA DO DOENTE INTERNADO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

1,2 Pinto, V. 3,4 Raiva, A.



INTRODUÇÃO

A segurança do doente é reconhecida como um dos pilares centrais da qualidade em saúde e uma prioridade global da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estima-se que cerca de 15% das despesas hospitalares nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) estejam associadas à ocorrência de eventos adversos nos cuidados de saúde (World Health Organization [WHO], 2023). Em Portugal, esta temática está integrada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, destacando a prevenção e gestão de incidentes de segurança como o quarto pilar estratégico através da criação da Norma n.º 017/2022 (PCS, 2022). A notificação de eventos adversos constitui uma ferramenta essencial para identificar falhas, prevenir a sua recorrência e promover a aprendizagem organizacional. A subnotificação permanece ainda uma realidade transversal aos sistemas de saúde (Hamed & Konstantinidis, 2022). Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), onde a complexidade clínica e a vulnerabilidade do doente são elevadas, a ocorrência de eventos adversos é mais provável (Sauro & Stelfox, 2022).

OBJETIVO

Mapear a evidência existente sobre o contributo da notificação de eventos adversos na segurança do doente internado em UCI, para promover práticas seguras, sustentadas na evidência científica e numa cultura de segurança consolidada.

METODOLOGIA Scoping Review - JBI

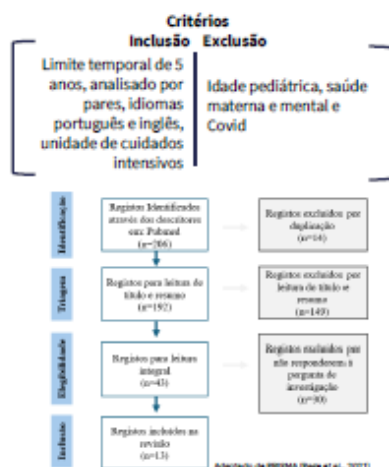
P doente internado **C** notificação de eventos adversos **C** unidade de cuidados intensivos

Questão: Qual o contributo da notificação de eventos adversos na segurança do doente internado em unidade de cuidados intensivos?

Palavras-chaves (DeCS/MeSH) / Equações de pesquisa

hospital incident reporting OR risk management AND near miss AND intensive care unit AND patient safety NOT pediatric NOT maternal NOT covid

gestão de risco OR notificação AND "evento adverso" AND "unidade de cuidados intensivos" OR unidade de terapia intensiva AND segurança do paciente NOT pediátrico NOT saúde materna NOT covid



RESULTADOS

CULTURA DE SEGURANÇA E PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A maioria dos estudos descreve uma cultura de segurança moderada a positiva, com boa comunicação e cooperação dentro das equipas. Contudo, persistem fragilidades na liderança, apoio institucional e dotação de pessoal, fatores que dificultam a consolidação de uma cultura de segurança efetiva (Silveira et al., 2024; Vilan et al., 2023; Jäger et al., 2022; Gorman et al., 2024).

APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E MELHORIA CONTÍNUA

A notificação é uma ferramenta essencial de aprendizagem organizacional, permitindo identificar falhas e implementar ações corretivas baseadas em evidência (Joekimsen et al., 2023; Griffith et al., 2021; Raimann et al., 2022; Gagliati & Bhengu, 2020).

BARREIRAS À NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

As principais barreiras incluem o medo de punição, a falta de feedback, a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo ou de conhecimento sobre os sistemas de notificação (Hamed & Konstantinidis, 2022; Kuske et al., 2022; Jäger et al., 2022; Gorman et al., 2024).

IMPACTO NA SEGURANÇA DO DOENTE

A evidência indica que a notificação sistemática contribui para identificar falhas estruturais, reduzir incidentes graves e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (Silveira et al., 2024; Gagliati & Bhengu, 2020; Griffith et al., 2021; Danielli et al., 2021).

CONTEXTO DO DOENTE CRÍTICO E CUIDADOS INTENSIVOS

A complexidade clínica, a exigência dos cuidados e a carga de trabalho aumentam o risco de ocorrência de eventos adversos (Silveira et al., 2024; Vilan et al., 2023; Gagliati & Bhengu, 2020; Danielli et al., 2021; Gorman et al., 2024).

DISCUSSÃO

A evidência internacional demonstra que cerca de 25% dos doentes internados em UCI sofre um evento adverso, frequentemente associado a maior tempo de internamento, aumento dos custos, agravamento das comorbilidades e risco acrescido de mortalidade (Sauro & Stelfox, 2022). Estes dados reforçam a importância da notificação sistemática como ferramenta essencial de vigilância e aprendizagem contínua, permitindo identificar causas, prevenir a repetição e fortalecer a cultura de segurança nas equipas (Joekimsen et al., 2023; Graf et al., 2024).

A formação baseada em situações reais e o feedback estruturado emergem como estratégias eficazes para otimizar a notificação (Penedejordi-Torres, 2023). Esta abordagem está em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) (Ordem dos Enfermeiros, 2017), que destacam a prevenção de complicações, a organização dos cuidados e a segurança da pessoa em situação crítica (PSC) como indicadores centrais da qualidade dos cuidados. A literatura reforça ainda a necessidade de sistemas de notificação não punitivos e de métodos combinados de deteção através da observação direta, revisão de registos e análise de indicadores, por forma a aumentar a fiabilidade e sensibilidade na identificação de riscos (Gorman et al., 2024; Raimann et al., 2024).

Estes princípios refletem competências do enfermeiro especialista em EMC que incluem a gestão do risco clínico, a supervisão e liderança das equipas e o compromisso com a promoção da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018).

CONCLUSÃO

A notificação de eventos adversos representa um eixo essencial das estratégias promotoras da segurança do doente e um mecanismo de aprendizagem organizacional que sustenta a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. As instituições de saúde devem centrar a sua intervenção na transformação do erro em oportunidade de evolução, aliada a princípios de transparência e não punição. Neste sentido, o enfermeiro especialista em EMC-PSC assume um papel determinante na promoção e consolidação dessa cultura, garantindo que a prática clínica se desenvolve de forma segura, ética e baseada na evidência científica, especialmente em ambientes de elevada complexidade, como as UCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**APÊNDICE F - SUMÁRIO DA COMUNICAÇÃO LIVRE APRESENTADA NAS 1AS
JORNADAS DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA ULS
ALGARVE SOBRE “PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO
ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW”**

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

Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do Serviço de Urgência: *scoping review*

Vanessa Pinto, Mariana Sousa, Marta Sousa
Unidade Local de Saúde do Algarve – Hospital de Faro

Beatriz Gonçalves
Unidade Local de Saúde Alentejo Central – Hospital Espírito Santo de Évora

Filipe Adrião, Francisco Lopes, Jorge Marques
Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo – Hospital Dr. José Maria Grande

Alice Ruivo, Guida Amaral
Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

ORGANIZAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE

APOIO INSTITUCIONAL
ABC Associação de Bibliotecários de Coimbra
PIAGET Programa de Intervenção em Apoio Gerontológico
Portimão Centro Municipal de Apoio Social
Sistema de Emergência

APOIO CIENTÍFICO
SPEDC Sistema de Prevenção de Eventos Adversos em Cuidados de Saúde

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

Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do Serviço de Urgência: *scoping review*

SUMÁRIO

01.	Objetivos	04.	Resultados e Discussão
02.	Introdução: Relevância da Temática	05.	Conclusão
03.	Método	06.	Referências Bibliográficas

OBJETIVO GERAL

Mapear a atuação do enfermeiro na Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar oportunidades de melhoria na prática clínica e formação em enfermagem forense.

Promover a reflexão sobre a importância da padronização de cuidados e a integração da enfermagem forense nos serviços de urgência.

APÊNDICE G - RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO “PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW” A AGUARDAR PUBLICAÇÃO NA REVISTA DA SPEDC



DOENTE CRÍTICO

REVISTA CIENTÍFICA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ENFERMAGEM EM DOENTE CRÍTICO

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 H - RESUMO E DOI DO ARTIGO CIENTÍFICO “CONTRIBUTOS DA
TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM NO
DOENTE HOSPITALIZADO – SCOPING REVIEW” PUBLICADO NA REVISTA
RIASE**

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**CONTRIBUTOS DA TÉCNICA ISBAR
NA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM
NO DOENTE HOSPITALIZADO: SCOPING REVIEW**

**CONTRIBUTIONS OF THE ISBAR TECHNIQUE
TO NURSING CARE HANDOFF
IN HOSPITALIZED PATIENTS: SCOPING REVIEW**

**CONTRIBUCIONES DE LA TÉCNICA ISBAR
EN LA PASE DE GUARDIA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: REVISIÓN SCOPING**

Marta Sousa¹ , Mariana Santos Sousa¹ , Nelson Gonçalves¹ ,
Rita Mosa¹ , Vanessa Pinto¹ , Maria do Céu Marques² , Alice Ruivo³ .

¹Unidade Local de Saúde do Algarve, Unidade de Faro, Portugal.

²Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Center (CHRC),
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora, Portugal.

³Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde,
Departamento de Enfermagem, Setúbal, Portugal.

Recebido/Received: 16-10-2025 Aceite/Accepted: 08-12-2025 Publicado/Published: 28-12-2025

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(03\).805.39-46](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(03).805.39-46)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC,
e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2025 the right of first publication under the CC BY-NC license,
and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 11 N.º 3 DEZEMBRO 2025

Resumo

Introdução: A transferência de cuidados em saúde envolve riscos elevados, sobretudo por falhas de comunicação entre profissionais. Os momentos de transferência de cuidados são voláteis a erros, comprometendo a segurança do doente. A adoção de métodos eficazes, como a técnica ISBAR, favorece previsibilidade, clareza e continuidade dos cuidados, reduzindo incidentes e eventos adversos. **Objetivo:** Mapear o contributo da técnica ISBAR na transferência de cuidados em Enfermagem no doente hospitalizado. **Metodologia:** Nas bases de dados B-On e PubMed, foi realizada uma revisão que seguiu o protocolo *scoping review*, e a metodologia de PCC da Joanna Briggs Institute para formalização da questão de revisão e objetivo de estudo. Seguindo o modelo PRISMA, foram selecionados 7 artigos para posterior análise. **Resultados:** A utilização da técnica ISBAR, por ser uma ferramenta estruturada e padronizada, facilita a comunicação ao priorizar a informação clínica, reduzir erros, promover pensamento crítico, tomada de decisão e trabalho em equipa, além de facilitar a integração de novos profissionais. Desta forma, verifica-se uma contribuição direta para a segurança do doente. **Conclusão:** A evidência científica demonstra que o recurso a uma técnica homogênea de comunicação é preponderante para a qualidade da continuidade dos cuidados, segurança do doente e, consequentemente, sucesso dos resultados em saúde. Contudo, a sua aplicação eficaz exige treino e orientação, através de práticas simuladas ou sessões de formação, para prevenir falhas e assegurar uniformidade no discurso.

Palavras-chave: Comunicação; Doente Hospitalizado; Enfermagem; Hospitais; Transferência do Doente.

Abstract

Introduction: Health care transitions involve high risks, mainly due to communication failures among professionals. Transition moments are prone to errors, compromising patient safety. The adoption of effective methods, such as the ISBAR technique, enhances predictability, clarity, and continuity of care, reducing incidents and adverse events. **Objective:** To map the contribution of the ISBAR technique in nursing care transitions for hospitalized patients. **Methodology:** In the B-On and PubMed databases, a review was conducted following the scoping review protocol and the PCC methodology of the Joanna Briggs Institute to formalize the research question and study objective. According to the PRISMA model, 7 articles were selected for further analysis. **Results:** The use of the ISBAR technique, as a structured and standardized tool, facilitates communication by prioritizing clinical information, reducing errors, promoting critical thinking, decision-making, and teamwork, as well as supporting the integration of new professionals. Thus, a direct contribution to patient safety is observed. **Conclusion:** Scientific evidence shows that the use of a homogeneous communication technique is essential for the quality and continuity of care, patient safety, and consequently, successful health outcomes. However, its effective application requires training and guidance, through simulated practices or training sessions, to prevent failures and ensure uniformity in communication.

Keywords: Communication; Hospitals; Patient; Patient Handoff; Nursing.

Resumen

Introducción: La transición de cuidados en salud conlleva altos riesgos, principalmente por fallos de comunicación entre profesionales. Los momentos de transición son vulnerables a errores, comprometiendo la seguridad del paciente. La adopción de métodos eficaces, como la técnica ISBAR, favorece la previsibilidad, claridad y continuidad de los cuidados, reduciendo incidentes y eventos adversos. **Objetivo:** Mapear la contribución de la técnica ISBAR en la transición de cuidados de Enfermería en el paciente hospitalizado. **Metodología:** En las bases de datos B-On y PubMed, se realizó una revisión siguiendo el protocolo de *scoping review* y la metodología PCC del Joanna Briggs Institute para formalizar la pregunta de investigación y el objetivo del estudio. Según el modelo PRISMA, se seleccionaron 7 artículos para posterior análisis. **Resultados:** El uso de la técnica ISBAR, al ser una herramienta estructurada y estandarizada, facilita la comunicación al priorizar la información clínica, reducir errores, promover el pensamiento crítico, la toma de decisiones y el trabajo en equipo, además de facilitar la integración de nuevos profesionales. De esta forma, se observa una contribución directa a la seguridad del paciente. **Conclusión:** La evidencia científica demuestra que el uso de una técnica homogénea de comunicación es esencial para la calidad y continuidad de los cuidados, la seguridad del paciente y, en consecuencia, el éxito de los resultados en salud. No obstante, su aplicación eficaz requiere formación y orientación, a través de prácticas simuladas o sesiones de capacitación, para prevenir fallos y asegurar la uniformidad en el discurso.

Descriptores: Comunicación; Enfermería; Hospitales; Paciente; Pase de Guardia.

**APÊNDICE I - PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SUP SOBRE
“PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO
DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW”**

PLANO DE SESSÃO					
Tema da sessão	Preservação de Vestígios Forenses pelo Enfermeiro do Serviço de Urgência: <i>Scoping Review</i>				
Duração da sessão	20 minutos				
Público-Alvo	Equipa de Enfermagem do [REDACTED]				
Local-Data-Hora	Sala de Formação do D. [REDACTED] Reunião online Teams 4 novembro 2025, pelas 14h45				
Formador(a)	Enfermeira Vanessa Pinto				
Objetivos da sessão	<u>Geral</u> : Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da preservação de vestígios forenses no serviço de urgência.				
	<u>Específicos</u> : Identificar cuidados de enfermagem que asseguram a cadeia de custódia; Promover boas práticas na atuação com vítimas de crime, sem comprometer a prestação de cuidados.				
Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos	Tempo	Meios auxiliares de ensino	
<u>Introdução</u>	Apresentação do formador(a) e do tema.	Método expositivo Método ativo	3 minutos	Retroprojektor ou ecrã para projeção Computador com câmara e microfone	
<u>Desenvolvimento</u>	Apresentação dos objetivos e questão de investigação.		8 minutos		
	Descrição da metodologia.				
	Apresentação dos resultados.				
	Exposição da discussão.				
	Considerações finais e implicações para a prática de enfermagem				
<u>Conclusão</u>	Esclarecimento de dúvidas. Encerramento da sessão.	8 minutos			
<u>Referências</u>	Referências bibliográficas, segundo normas APA 7ªed.	1 minuto			

ANEXOS

**ANEXO I - CERTIFICADO DE DISTINÇÃO DE MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL
NAS 1AS JORNADAS DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA
ULS ALGARVE**



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): Pinto V.; Gonçalves B.; Adrião F.; Lopes F.; Sousa M.; Sousa M.; Marques J.; Amaral G.; Ruivo A.




Alexandra Ferreira
(Presidente das Jornadas)


Marco Piedade
(Presidente das Jornadas)



ANEXO II - CERTIFICADO DO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



**ANEXO III - CERTIFICADO DO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA
PEDIÁTRICO**



CERTIFICADO DE
FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de julho



Certifica-se que **Vanessa Sofia Marques Pinto**, nascido(a) em 15/03/1991, com o número de identificação civil ****4281, 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 08/05/2025 a 09/05/2025, com a duração de 16 horas e 2 anos de validade.

Porto Salvo, 9 de maio de 2025

O coordenador pedagógico



Pedro Caldeira





Certificado nº 25109817

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

**ANEXO IV - CERTIFICADO DO CURSO DE *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

Vanessa Sofia Marques Pinto

**has completed the
Advanced Provider**

date
6/7/2025

course site
blue 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: 18.00 Course #: 24-ITLS-F2-4202 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/Certificate/Issue/Index>

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

Card Holder's Signature

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

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

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

415776-58795

Vanessa Sofia Marques Pinto

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 58795

Course Location blue ocean medical,
PORTO SALVO,