



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

Relatório de Estágio

Promoção da segurança da pessoa em situação crítica: *Nursing intuition* na deteção de focos de instabilidade

Promoting critical patient's safety: Nursing intuition in detecting sources of
instability

Maria de Lurdes Sarmento Ribeiro

—

**Lisboa
2024**



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

**Promoção da segurança da pessoa em situação crítica:
Nursing intuition na deteção de focos de instabilidade**
Promoting critical patient's safety: Nursing intuition in detecting sources of
instability

Maria de Lurdes Sarmento Ribeiro

Orientador: Maria do Rosário dos Santos Figueiredo Pinto da Paz
Batista



**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Be the change you want to see in the world.”

Mahatma Gandhi

Agradecimentos

Chegou o momento, o momento de agradecer. Agradecer a todos aqueles que me acompanham nesta viagem incrível que é a vida.

À professora Rosário Pinto pela sua orientação a qualquer hora, disponibilidade, suporte, desafios e palavras confortantes;

À professora Cândida Durão por acreditar desde o primeiro dia;

À professora Joana Teixeira pelo suporte e apoio;

À enfermeira Auxília Pires, Rita Kadic, José Pita e João Lourenço pela partilha de conhecimento, experiência, compreensão e exemplo de excelência;

À minha mãe pelo amor e apoio incondicional;

Ao meu amor por me mostrar todos os dias que este caminho é mais tranquilo quando partilhado, por ser calma nos dias menos positivos, por ser gargalhada nos dias de vitória e me fazer feliz todos os dias;

À minha família pela compreensão e apoio mesmo nas minhas ausências;

Aos meus amigos pelas conversas infinitas, pelo apoio, força e suporte;

Ao meu chefe pela flexibilidade, disponibilidade e por acreditar em mim desde o primeiro dia;

E a todos os que contribuíram para o sucesso deste percurso.

Muito obrigada!

Lista de Abreviaturas e/ou siglas

APA - *American Psychological Association*

BIS - Índice Bispectral

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC - cateter venoso central

DGES – Direção-Geral de Ensino Superior

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – ensino clínico

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

E-CPR - *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

EEMI - equipa de emergência interna

EPI's - equipamentos de proteção individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HIMSS - *Health Information and Management Systems Society*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JCI - *Joint Commission International*

NAS – *Nursing Activities Score*

NEWS - *National Early Warning Score*

NIRS – *Near-infrared spectroscopy*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – paragem cardiorrespiratória

PIA - pressão intra-abdominal

PIC - pressão intracraniana

PSC – pessoa em situação crítica

PVC - pressão venosa central

RIL – revisão integrativa da literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SIV - Suporte Imediato de Vida

SO – serviço de observação

SUC – serviço de urgência central

SUP – serviço de urgência polivalente

SU – serviço de urgência

UC – unidade curricular

UCI – unidade de cuidados intensivos

VMER - viatura médica de emergência e reanimação

Resumo

A intervenção especializada de enfermagem enfatiza a promoção da qualidade dos cuidados de saúde, sendo esta uma área primordial na atualidade. A segurança é parte integrante nesta área, devendo estes conceitos ser abordados em complementaridade.

O enfermeiro é o profissional de saúde privilegiado no contacto com o cliente, tornando-se capaz de identificar precocemente focos de instabilidade. Na prestação de cuidados privilegiando a vigilância dos clientes promovemos a sua segurança prevenindo complicações e detetando precocemente esses focos.

A mobilização da *nursing intuition* na deteção de focos de instabilidade promovendo a segurança da PSC é a temática fundamental deste projeto de desenvolvimento de competências no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Como resposta à temática, procurei na evidência científica qual a influência da *nursing intuition* na deteção de focos de instabilidade do cliente, permitindo-me compreender qual a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

Este relatório é uma análise crítica do percurso de desenvolvimento de competências nos diversos contextos de ensino clínico, análise e reflexão de situações da prática, momentos de partilha e discussão com os enfermeiros orientadores que permitiram o desenvolvimento de competências de mestre e competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialidade à pessoa em situação crítica.

Neste percurso, importa salientar o desenvolvimento de competências na área da qualidade e gestão do risco e competências comunicacionais, contribuindo para a partilha e disseminação de conhecimento na área da enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Intuição, Segurança do doente, Cuidados Críticos

Abstract

Specialized nursing intervention focuses on promoting the quality of healthcare delivery, which is a key area nowadays. Security is an integral part of this field, and these concepts must be addressed simultaneously.

The nurse is the privileged health professional in contact with the patient, being able to identify areas of instability early-on. When providing care with focus on prioritizing client surveillance, we promote their safety by preventing complications and detecting these outbreaks early.

The mobilization of nursing intuition in the detection of sources of instability, and consequent promotion of the safety of the person in critical care, is the fundamental topic of this project, which was developed within the scope of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Critical Care.

With that in mind, this report presents a search for scientific evidence on the influence of nursing intuition in detecting areas of client instability, aiming to understand the intervention of specialist nurses in promoting the safety of people in critical care.

This report is a critical analysis of the path of development of skills within the different contexts of clinical teaching, analysis and reflection of practical situations, group sharing instances and debate among nursing advisors that allowed the development of master's and specialist nurse's skills in medical-surgical nursing in the area of people in critical care.

Along this path, it is important to highlight the development of skills in the area of quality and risk management, as well as communication skills, contributing to the sharing and dissemination of knowledge in the area of nursing.

Keywords: Nursing Care, Intuition, Patient Safety, Critical Care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. <i>NURSING INTUITION</i> NO CUIDAR ESPECIALIZADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	14
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	20
2.1 Contexto de UCI.....	23
2.2 Contexto de Gabinete da Qualidade, Ambiente e Segurança	29
2.3 Contexto de SUC.....	34
2.4 Contexto de Ambulância de SIV.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

INTRODUÇÃO

No âmbito da UC de Estágio com Relatório do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) foi solicitada a realização de um relatório que vise demonstrar uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho previamente realizado, analisando de forma criteriosa e fundamentada o percurso realizado em ensino clínico.

Este percurso visa obter o grau de Mestre em Enfermagem e a aquisição e desenvolvimento de competências na área de Enfermagem à PSC, tendo como finalidade a implementação de cuidados de enfermagem à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Ao longo deste foi possível o desenvolvimento de competências reflexivas, permitindo repensar a teoria implícita na prática e a temática em estudo no projeto individual nos diferentes contextos: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), Gabinete da Qualidade, Ambiente e Segurança, Serviço de Urgência Central (SUC) e Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV).

O desenvolvimento das competências acima referidas é sustentado nos descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos (DGES, 2011), em simbiose com as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC (OE, 2018) e o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, aplicado à enfermagem por Benner (2001).

O Decreto-Lei nº 65/2018 regulamenta que o grau de mestre é conferido aos que demonstrem: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão; apliquem os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares; possuam capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; sejam capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades; possuam competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

O modelo Dreyfus, aplicado à enfermagem por Benner (2001), defende que na aquisição e desenvolvimento de uma competência se passa por cinco níveis consecutivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Por sua vez, os diferentes níveis refletem mudanças em três dimensões: aquisição de experiência, percepção da situação como um todo, e passar a fazer parte da situação (como elemento que executa). A aquisição e desenvolvimento de competências realizada vai de encontro ao referido por Benner (2001), pelo que adquiri experiência ao longo do meu percurso, procurei conhecer as situações dos clientes de forma holística, sendo parte integrante na prestação de cuidados de enfermagem.

O enfermeiro perito, utilizando a sua experiência, é capaz de apreender a situação como um todo mantendo o foco no problema para elaborar diagnósticos de enfermagem, implementar intervenções e avaliar resultados, mobilizando a intuição no processo de tomada de decisão (Benner, 2001), com impacto na prática de cuidados seguros em ambientes seguros.

Como resposta ao desafio imposto pela complexidade das situações clínicas dos nossos clientes, a prática de cuidados seguros em ambientes seguros assume uma especial relevância, reconhecendo-se que o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e efetividade dos mesmos, sensibilizando para a importância destes nos resultados em saúde, nomeadamente na qualidade dos cuidados (DGS, 2021).

O evoluir neste percurso, seguiu a orientação interna que me levou a iniciá-lo. A importância de me focar numa área que fosse não só relevante para a prática de enfermagem, como também me desse prazer debruçar sobre a temática. Assim, surge a *nursing intuition* que sempre foi uma temática de interesse pessoal, ou seja, sempre que esta era o foco da minha tomada de decisão procurava saber o porquê de ter decidido assim e não de outra forma, estimulando diversas reflexões pessoais e com os pares.

Aliando a dimensão da segurança da pessoa a este interesse pessoal, a temática que liderou o meu desenvolvimento de competências foi a *Promoção da segurança da pessoa em situação crítica: Nursing intuition na deteção de focos de instabilidade*, tendo como referencial a aplicação à enfermagem do modelo Dreyfus de aquisição de competências de Benner (2001), como referido anteriormente. A Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin (2005), pelo seu foco na vigilância como componente essencial do cuidado de

enfermagem surge como um dos pensamentos de enfermagem orientadores deste percurso, mas recorri ainda à teoria da *Nursing Intuition* de Valenzuela (2019), dado que a autora defende a *nursing intuition* como parte integrante e fundamental da prestação de cuidados de enfermagem.

Seguindo esta linha de pensamento, delineei como objetivo geral para este percurso, desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em diferentes contextos da prática: pré-hospitalar (ambulância SIV), em serviço de urgência polivalente (SUP), em UCI, e num gabinete da qualidade, ambiente e segurança.

O EC na ambulância de SIV surge para aprofundar conhecimentos sobre o impacto do ambiente na prestação de cuidados de enfermagem e compreender o contributo da *nursing intuition* na tomada de decisão de enfermagem neste contexto específico. Como objetivos específicos delineei: compreender a dinâmica e organização da resposta da emergência pré-hospitalar; refletir sobre a influência do ambiente na promoção da segurança da PSC na prestação de cuidados especializados de enfermagem; planejar, implementar e avaliar cuidados de enfermagem especializados à PSC em contexto pré-hospitalar.

A minha experiência profissional diz respeito a um serviço de urgência geral onde me deparo com a PSC, questionando-me sobre a mobilização da *nursing intuition* na deteção precoce de focos de instabilidade desses clientes. Sendo um contexto imprevisível quer pelas situações clínicas dos clientes quer pelo ambiente, no qual desenvolvi competências de enfermeira de cuidados gerais, foi neste contexto onde optei por permanecer mais tempo durante o curso, pelo interesse em refletir com uma perspetiva de atingir o nível de perito, sobre o recurso à *nursing intuition* nos cuidados prestados. Para tal, defini como objetivos específicos: compreender a dinâmica do SUC; refletir sobre a *nursing intuition* na deteção precoce da deterioração clínica da PSC; planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados à PSC neste contexto; aprofundar conhecimentos na área da gestão e liderança de equipas.

No contexto de UCI, o desempenho do enfermeiro assenta na monitorização e vigilância da PSC como alicerce para a intervenção de enfermagem, em simultâneo com a execução do processo de enfermagem, onde a deteção precoce de deterioração clínica do cliente assume um papel fundamental (Meyer & Lavin, 2005; Pinho, 2020). A vigilância

torna-se, assim, essencial, mesmo com o suporte tecnológico disponível, a *nursing intuition* assume importância na satisfação de necessidades humanas básicas da pessoa. Assim defini como objetivos específicos: compreender a dinâmica da unidade de cuidados intensivos; refletir sobre a *nursing intuition* na detecção precoce da deterioração clínica da PSC; planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados à PSC em contexto de unidade de cuidados intensivos; aprofundar conhecimentos na área da formação para promoção de uma melhoria contínua.

A opção pelo gabinete da qualidade, ambiente e segurança decorre do facto da segurança na prestação de cuidados de saúde ser inseparável da qualidade, quer pelo impacto nos resultados não clínicos, quer pela dimensão da satisfação dos clientes, cada vez mais importante atualmente (Fragata, 2011). A oportunidade de participar no trabalho desenvolvido neste gabinete, foi crucial para sensibilizar acerca da importância da gestão macro na promoção da qualidade e segurança dos cuidados aos clientes nos diversos serviços da instituição. Os objetivos específicos para este EC foram compreender a dinâmica do gabinete da qualidade, ambiente e segurança; refletir sobre a *nursing intuition* no processo de tomada de decisão para a promoção da segurança; discutir e refletir com a enfermeira orientadora sobre a importância do gabinete da qualidade na promoção da segurança e qualidade dos cuidados na instituição.

No que se refere à estrutura, o presente documento inicia-se com esta introdução, ao que se segue o enquadramento teórico que explicita alguns dos resultados preliminares da evidência científica obtidos através da RIL, articulando com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados e evidenciando o pensamento teórico de Enfermagem como suporte das intervenções realizadas. De seguida apresento o percurso de desenvolvimento de competências, realizando uma descrição reflexiva do mesmo. Posteriormente, apresento as considerações finais sobre este percurso. O último elemento textual deste documento serão as referências. Como elementos pós-textuais, exponho os anexos, documentos auxiliares elaborados por outros autores, e os apêndices, documentos elaborados por mim, que se destinam a apresentar elementos utilizados durante o percurso de desenvolvimento de competências, mas não merecem integrar o corpo principal do relatório (Azevedo, 2018).

Quanto à formatação, para a elaboração deste trabalho utilizo a norma da APA, 7ª edição e o mesmo foi redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.

1. NURSING INTUITION NO CUIDAR ESPECIALIZADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A PSC é definida por Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) como uma pessoa que não tem a capacidade para manter a estabilidade fisiológica ou que pode rapidamente desenvolver a instabilidade. Perante a complexidade da sua situação clínica, os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018).

O enfermeiro é o profissional de saúde capaz de detetar primeiramente sinais de instabilidade clínica. Isto acontece porque é o profissional de saúde que passa mais tempo à *cabeceira* do doente e que tem um conhecimento aprofundado sobre a sua situação (Benner, 2001). A mesma autora defende que a vigilância e deteção precoce dos problemas são a primeira linha na defesa do doente, ou seja, na promoção da sua segurança.

A OMS (2020) define a segurança do doente como a ausência de dano que pode ser prevenido a um doente durante o processo de prestação de cuidados de saúde e a redução de dano desnecessário associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, sendo que o mínimo aceitável diz respeito às conceções coletivas de conhecimento em dado momento, recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados foram prestados, contrabalançados com o risco de ausência de tratamento ou outros tratamentos possíveis.

A segurança é considerada fundamental na prestação de cuidados. Essa importância é descrita na Lei de Bases da Saúde (2019), nomeadamente, na base 2, que salienta 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.

Barroso, Sales e Ramos (2021) defendem que a operacionalização deste conceito é difícil face à complexidade dos serviços de saúde e múltiplos fatores que promovem a

existência de falhas. Fragata (2011) apresenta a segurança dos doentes como uma dimensão essencial da qualidade dos cuidados de saúde, uma problemática tão atual nos dias de hoje como era em 2011.

Assim, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (DGS, 2021) salienta a prática de cuidados seguros em ambientes seguros, reconhecendo que o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e efetividade dos mesmos, sensibilizando para a importância destes nos resultados em saúde, nomeadamente na qualidade dos cuidados.

A intervenção especializada de enfermagem dá particular enfoque à área da promoção da qualidade dos cuidados de saúde, englobando necessariamente a segurança do doente, tal como demonstrado pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), que descreve um conjunto de competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.

Melhorando a intervenção de enfermagem de vigilância dos doentes, aumentamos a segurança e prevenimos a ocorrência de complicações (Giuliano, 2017), o que tem benefícios para o cliente e para o enfermeiro que cuida de forma segura, sendo uma das suas funções iniciais a vigilância dos clientes alvo dos seus cuidados (Meyer & Lavin, 2005).

A importância da deteção precoce da deterioração clínica resulta do impacto da intervenção de enfermagem na mudança dos resultados para os clientes. Cerca de 31% dos doentes que não apresentam alterações dos sinais vitais à chegada ao hospital apresentam sinais de deterioração em 24 horas, sendo que a mortalidade em doentes com deterioração clínica aumenta quatro vezes em comparação com doentes sem deterioração (Henriksen, Brabrand & Lassen, 2014).

Para Jones *et al.* (2013), a deterioração clínica é a deterioração da situação de saúde da pessoa, ou seja, quando existe um agravamento do estado clínico, aumentando o risco individual de morbilidade, incluindo disfunção orgânica, prolongamento do tempo de internamento hospitalar, incapacidade ou morte.

Corroborando Benner (2001), os enfermeiros são os profissionais de saúde que permanecem mais tempo com os doentes, assim devemos ser quem melhor os conhece, facilitando a deteção precoce de possíveis alterações. A deterioração clínica tem um carácter objetivo - monitorização de parâmetros vitais, conhecimento de preditores de

deterioração e aplicação de instrumentos de estratificação de risco, e um caráter subjetivo - relacionado com a intuição e preocupação com o estado geral do doente (Padilla & Mayo, 2018).

Focando agora nesta segunda dimensão, a *Nursing intuition* é definida por Hassani, Abdi e Jalali (2016, p.7) como uma habilidade humana para *"knowing or doing without adequate reasons, (...), is a way to recognition of the truths without rational thinking"*. É também descrita como consciência emocional, *"a feeling of knowing that something terrible is happening, an immediate unconscious perception, direct understanding of truths, independence of emotional awareness (...) making the connection between them, and an irrational unconscious type of knowing"* (Hassani et al., 2016, p.65).

No entanto, independentemente da definição, vários autores afirmam que a intuição é uma componente essencial do processo de detecção precoce da deterioração clínica e do julgamento em enfermagem (Holm & Severinsson, 2016; Rew & Barrow, 1987; Valenzuela, 2019), emergindo como uma estratégia de raciocínio que os enfermeiros aplicam no processo de tomada de decisão e de prestação de cuidados (Ramezani-Badr et al., 2009). Os mesmos autores, afirmam que a intuição é composta pelos conhecimentos, experiência e expertise do enfermeiro, permitindo-lhe, em determinadas circunstâncias, identificar sinais de alarme e/ou complicações, estabelecer diagnósticos de enfermagem e decidir rapidamente as intervenções mais adequadas.

Através da utilização da memória de estímulos anteriores na resposta emocional a estímulos exógenos (Holm & Severinsson, 2016), a intuição pode ser explicada como um processo durante o qual os enfermeiros reconhecem alguma coisa nos doentes, que não pode ser expressa ou explicada através de palavras, mas que resulta em intervenções significativas e, muitas vezes, *lifesaving* (Billay et al., 2007; Karki, Dhakal & Luitel, 2017).

O ambiente afeta o enfermeiro influenciando consequentemente o desenvolvimento e o uso da intuição, sendo defendido por alguns autores como fonte de intuição (Miller & Hill, 2017; Levis, Schwartz & Bitan, 2018). A mobilização da intuição no raciocínio clínico e tomada de decisão baseia-se no reconhecimento de sinais e padrões, sendo muitas vezes descrita como o conhecimento de que algo não está bem, difícil de verbalizar perante os pares (DeGrande et al., 2018; Dalton et al., 2018; Hutchinson, Hurley & Kozlowski, 2018).

A intuição de enfermagem tem particular relevância na tomada de decisão em situações desconhecidas e quando o tempo ou informação são limitados. Nestas situações específicas, a intuição de enfermagem empodera o profissional de saúde, tornando-o mais confiante (Hassani *et al.*, 2016; Banks, 2023).

Possuir conhecimento é primordial em qualquer área. Assim, dominar os fatores que influenciam a *nursing intuition* é primordial para que se possam desenvolver habilidades intuitivas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Hassani *et al.* (2016) defendem que a consciência do uso da intuição de enfermagem é o início do processo de promoção do seu uso. Os mesmos autores propõem diversas abordagens educacionais recomendadas para aumentar a intuição em enfermagem, como por exemplo, exercícios para acalmar a mente, escrita de diários, exercícios de *brainstorming* em grupo, partilha de exemplos intuitivos ou a promoção de uma atmosfera de curiosidade com foco na intuição e prática reflexiva.

Tendo em conta o fenómeno eleito como organizador deste percurso, a *nursing intuition* na promoção da segurança da PSC, o pensamento de enfermagem norteador do mesmo foi a Teoria da Vigilância (Meyer & Lavin, 2005), que defende o cuidado como fundamental para a prática de enfermagem, sendo a vigilância a essência desse cuidado, devendo, portanto, a terminologia de enfermagem refletir adequadamente este componente fundamental da prática, tornando-o visível para os outros.

Sendo os enfermeiros responsáveis pela segurança dos doentes, tornando-se a vigilância fundamental para a sua promoção, Meyer e Lavin (2005) defendem que a vigilância de enfermagem é sustentada em conhecimentos e é necessária para uma intervenção fundamentada. A vigilância requer perícia, sendo considerada um estado de atenção constante, que deve estar presente na prática de enfermagem (Meyer & Lavin, 2005), nomeadamente no cuidado à pessoa em situação crítica. Assim, a vigilância é a procura de sinais subtis, que podem passar despercebidos em ambientes complexos, e que influenciará a decisão de realizar ou não determinada intervenção (Meyer & Lavin, 2005).

As mesmas autoras apresentam os cinco elementos integrantes da vigilância do enfermeiro que são a atribuição de significado ao que é objetivado, a antecipação do que pode acontecer, o cálculo do risco inerente às ações previstas para a situação da pessoa,

o estar pronto para agir e a monitorização dos resultados das intervenções implementadas. Relativamente à atribuição de significado, na sua prática, o enfermeiro, através da sua experiência, é capaz de mobilizar os seus conhecimentos para atribuir um significado à situação. Assim, a vigilância é considerada um elemento básico da prática de enfermagem (Meyer & Lavin, 2005). No que se refere à antecipação do que pode acontecer, vigiar pressupõe uma avaliação regular, análise da informação e intervenção de forma adequada e em tempo útil, com base no conhecimento e antecipando possíveis complicações (Meyer & Lavin, 2005). Já o cálculo do risco remete para o facto que a intervenção de enfermagem tem riscos, que podem ser maiores ou menores, cabendo ao enfermeiro estar alerta para harmonizar a sua intervenção, de forma a maximizar os efeitos pretendidos e, ao mesmo tempo, diminuir a ocorrência de consequências não propositadas (Meyer & Lavin, 2005). O estar pronto para agir, salienta o conhecimento como uma ferramenta essencial para a prática de enfermagem. Se o enfermeiro tiver uma base de conhecimentos consistente, espera-se que a sua ação seja rápida e eficaz (Meyer & Lavin, 2005). A monitorização dos resultados é essencial que o enfermeiro avalie e monitorize os resultados das suas intervenções e das intervenções dos pares, por ser o profissional de saúde que permanece mais tempo próximo do doente e família (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

Fundamentando a utilização da *nursing intuition* na deteção precoce da deterioração clínica, Valenzuela (2019) propõe a teoria da *Nursing Intuition*, que define a intuição como uma forma de conhecimento que permite ao enfermeiro desenvolver uma consciência holística da condição do doente, criar uma simulação mental de um possível resultado de saúde e tomar decisões rapidamente.

A mesma autora defende a intuição como uma forma de conhecimento pessoal, que ocorre como resultado da interação de uma base de conhecimento sólida, experiência relevante, relacionamento genuíno enfermeiro-doente e recetividade à intuição.

A mesma teoria procura legitimar a intuição como forma de conhecimento e contribuir para o desenvolvimento do uso da mesma pelos enfermeiros. Esta teoria apresenta os cuidados de enfermagem holísticos e a relação enfermeiro-doente como fatores que contribuem para o desenvolvimento de competências intuitivas; e quanto mais profunda e genuína é a relação terapêutica, mais desenvolvida será a intuição do

enfermeiro. O ambiente, composto por variáveis externas, que proporcionam ao enfermeiro oportunidades para adquirir conhecimentos, experiência e criar um relacionamento único com o doente, e variáveis internas como conhecimentos e experiência prévia do enfermeiro, interesse sincero na prestação de cuidados e receptividade a diferentes formas de conhecimento, influencia o enfermeiro e, conseqüentemente, a sua intuição.

A intuição está presente na tomada de decisão de enfermagem permitindo a prestação de cuidados que respondam às necessidades do doente, traduzindo-se em resultados positivos em saúde (Valenzuela, 2019).

O processo de tomada de decisão é complexo e afeta diretamente a intervenção de enfermagem e, conseqüentemente, os resultados no cliente. Este processo inclui conhecimento e experiência profissional, ética profissional, prática baseada na evidência, habilidade de resolução de problemas, julgamento e pensamento crítico. A intuição é largamente utilizada pelos profissionais de saúde neste processo (Karki, Dhakal & Luitel, 2017). A habilidade intuitiva na prática de enfermagem impacta diretamente a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, o desfecho dos clientes, portanto a intuição desempenha um papel indispensável no processo de tomada de decisão e no julgamento clínico (Karki, Dhakal & Luitel, 2017).

A intuição de enfermagem desempenha um papel crucial no processo de tomada de decisão, sendo importante na detecção de focos de instabilidade dos doentes (Karki, Dhakal & Luitel, 2017). No processo de enfermagem é imprescindível a tomada de decisão e utilização do julgamento clínico com o objetivo de prestar cuidados seguros. Assim, considero que a intuição de enfermagem é fundamental na promoção da segurança dos clientes.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste percurso de desenvolvimento de competências, importa apresentar inicialmente as atividades realizadas, transversais a todos os contextos de estágio.

Começando por um dos marcos do início deste percurso, a participação numa atividade que contribuiu para demonstrar que a investigação em Enfermagem é fundamental para a afirmação da disciplina e profissão, reforçando a importância da prática baseada na evidência demonstrando que a intervenção de enfermagem produz ganhos em saúde (Néné & Sequeira, 2017), refiro a realização de uma RIL cujo objetivo maior foi compreender qual o impacto da intuição de enfermagem na promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

A RIL permite a identificação e sistematização de resultados sobre um tema ou questão, fornecendo uma informação mais ampla sobre determinado assunto ou problema (Sousa, 2023), tendo sido realizada de acordo com as orientações de Whitemore e Knafl's (2005), em seis fases: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) definição de critérios para inclusão e exclusão de estudos ou pesquisa de literatura; 3) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 4) definição dos resultados extraídos dos estudos selecionados e categorização dos mesmos; 5) interpretação dos resultados e, 6) apresentação da revisão / síntese do conhecimento. Com esta atividade desenvolvi a capacidade de realizar pesquisa em bases de dados indexadas, adquiri conhecimento na utilização do software Rayyan® e realizei a apreciação da qualidade dos artigos segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute critical appraisal tools* (2020).

A sistematização e apresentação dos resultados permitiram a aquisição de conhecimento teórico sobre a temática em estudo e o desenvolvimento de competências de disseminação de conhecimento, quer através da discussão nos contextos de EC com os enfermeiros orientadores e restante equipa, quer através da publicação dos resultados.

Os resultados desta RIL foram compilados sob a forma de capítulo de um livro: "Vencer Barreiras: O Papel da Intuição de Enfermagem na Promoção da Segurança do Doente", que se encontra no prelo, como parte do livro intitulado: "Enfermagem: da teoria à prática clínica" (Anexo I).

Neste percurso de desenvolvimento de competências, o foco da minha atenção foi a promoção da segurança da pessoa em situação crítica, o que me levou a aprofundar conhecimentos sobre esta área sempre que possível, procurando articular com a intuição em enfermagem. Esta postura perante a aprendizagem, permitiu-me, entre outros, rentabilizar a proposta de elaboração de um trabalho numa das Unidades Curriculares do Curso, focada nesta temática. Este trabalho de grupo permitiu a análise de uma problemática identificada nos contextos de prestação de cuidados, o risco de fuga dos clientes em contexto de urgência e a apresentação de uma ideia inovadora, de uma proposta de solução que desse resposta a esta problemática. A criação de um adesivo com chip integrado, que alarmava à passagem do cliente por determinado local, levou ao convite para participar na Feira de Ideias, integrada nas comemorações do 16.º aniversário da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa subordinado ao tema: “Empreender e inovar, a ESEL na rota do futuro”. Nesta atividade, apresentei um póster intitulado “FUGAFIX – *Health Safety First*” (Apêndice I). Esta experiência, fomentou o desenvolvimento de competências de comunicação e discussão entre pares. A elaboração do póster permitiu-me desenvolver a habilidade criativa, a par com a sua apresentação e discussão que considero que cativou o júri.

No decorrer da atividade, fiz parte da comissão organizadora do evento (Anexo II), tendo integrado o júri (Anexo III) que avaliou as ideias inovadoras apresentadas, o que me permitiu desenvolver competências de comunicação, argumentação e avaliação. No mesmo evento, moderei uma mesa intitulada “Empreendedorismo e Inovação em Enfermagem”, que me permitiu desenvolver competências de comunicação apresentando-se como um desafio neste meu percurso, porque os momentos de partilha com o público me provocam alguma insegurança. A comunicação é uma área em que considero que devo continuar a desenvolver competências, dado a considerar imprescindível nos cuidados de enfermagem.

O foco na intuição de enfermagem como ferramenta promotora da segurança da pessoa, deu origem ao convite para integrar um projeto de investigação da Unidade de Investigação da ESEL: CIDNUR. Denominado “id.Care - Cuidado centrado para pessoas com doença crónica complexa em contexto agudo e crítico: gerindo o ambiente físico e suportando a tomada de decisão clínica e a autogestão”. Este tem como objetivo geral cocriar, desenvolver, implementar e avaliar a viabilidade de feixes de intervenções de

enfermagem promotoras do ambiente seguro nos cuidados às pessoas com doença crónica complexa, em contextos de cuidados agudos ou críticos (ESEL, 2024), sendo uma das linhas de investigação a Intuição de Enfermagem como recurso na tomada de decisão e a gestão do ambiente físico.

No decurso desta participação, tive ainda a oportunidade de desenvolver competências na área da investigação primária, nomeadamente na aplicação da técnica de observação participante. A realização de três momentos de observação participante focada no registo contínuo do ruído num contexto de prestação de cuidados na área dos cuidados críticos, permitiu-me tomar consciência do impacto do ambiente na qualidade dos cuidados prestados, incrementando o meu interesse pessoal na área da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Mais tarde, surgiu a oportunidade de aprofundar os conhecimentos na área da intuição em enfermagem, desenvolvendo novamente investigação secundária, desta vez para dar resposta à mobilização da intuição de enfermagem como recurso na deteção precoce da deterioração clínica na pessoa em situação crítica (PROSPERO ID CRD42024512330) que se encontra em fase de sistematização de resultados. Nesta atividade importa salientar o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa, dado que estou a colaborar com uma investigadora que está a desenvolver o processo pela primeira vez, o que implica, da minha parte, um desempenho mais ativo do que anteriormente.

Para colmatar a dificuldade de desenvolvimento de competências na dinamização da resposta em situações de exceção e catástrofe (OE, 2018), participei na *Webinar* intitulada “Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe” (Anexo IV).

Depois de apresentadas as atividades que decorreram de forma transversal a este percurso, e que contribuíram para o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC passarei a uma descrição de cada contexto clínico, seguindo a cronologia do planeamento do mesmo. Descreverei, de seguida, de modo reflexivo e suportado em evidência científica, as atividades realizadas em EC e qual o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências.

2.1 Contexto de UCI

O primeiro EC foi realizado numa UCI que tem como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas (Almeida, 2018). Como princípios orientadores da prestação de cuidados aos clientes internados na UCI temos o cuidado centrado no doente, o tratamento apropriado, os cuidados informados e a eficiência nos cuidados. Estes princípios previamente descritos estão em consonância com os princípios que constam na carta dos direitos do doente internado.

O serviço tem uma lotação de 11 camas, 8 das quais em *open space* e 3 em quartos de isolamento. Dispõe de uma equipa composta por médicos, enfermeiros (1 enfermeiro fica responsável por 1 a 2 doentes), fisioterapeuta (7 dias/semana), apoio de técnico de radiologia (24h/dia), apoio de farmacêutico (8h – 19h), apoio de dietista/nutricionista (5 dias/semana), apoio de psicólogo (5 dias/semana) e apoio de técnico de neurofisiologia (5 dias/semana). Durante a semana, nos turnos da manhã, encontram-se no serviço a enfermeira chefe, o segundo elemento de chefia e a assistente operacional de apoio.

A qualidade dos cuidados é uma área muito importante no serviço. Assim, existem auditorias internas anuais realizadas pelos enfermeiros do próprio serviço nas áreas temáticas: pneumonia associada à intubação, colocação e manutenção do cateter venoso central (CVC), lavagem das mãos e utilização adequada dos equipamentos de proteção individual (EPI's). Existem ainda indicadores de qualidade associados à avaliação da implementação dos processos assistenciais integrados: sépsis e choque séptico e hemorragia subaracnoideia espontânea por rotura de aneurisma cerebral.

O serviço possui capacidade para monitorização hemodinâmica invasiva, nomeadamente, módulos de monitorização hemodinâmica (*Swan-Ganz*; PiCCO), módulos de pressão intracraniana (PIC), módulos de *Near-infrared spectroscopy* (NIRS), módulos de Índice Bispectral (BIS) e módulos de calorimetria indireta.

Na referenciação de doentes, importa salientar que, mensalmente durante um fim de semana, esta unidade hospitalar é responsável pelos cuidados neurocirúrgicos urgentes aos doentes com patologia neurovascular da área metropolitana de Lisboa.

Relativamente ao método de trabalho de enfermagem implementado na UCI, este corresponde ao método de trabalho individual, ou seja, o enfermeiro centra a sua atenção nas necessidades dos clientes, valorizando a individualização dos cuidados, por meio da distribuição de um número de clientes em função das suas necessidades de cuidados, para cada enfermeiro, sendo este o responsável, durante o turno de trabalho, pela prestação de cuidados globais aos clientes que lhe foram atribuídos (Frederico & Leitão, 1999). No início do turno da noite o enfermeiro responsável por cada doente realiza uma avaliação do mesmo através do *Nursing Activities Score* (NAS): Índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI, isto para que a distribuição dos enfermeiros no dia seguinte seja o mais adequada possível. Em todos os turnos existe um chefe de equipa que é responsável, não só pela distribuição dos enfermeiros, acabando também por ter um papel crucial na supervisão e avaliação dos cuidados e possuir um poder decisório em situações mais específicas. Durante o EC, pude constatar que os chefes de equipa de enfermagem, dada a sua experiência e capacidade, são elementos considerados peritos pelos pares, permitindo que os restantes elementos se sintam seguros.

A equipa de emergência interna (EEMI) é da responsabilidade da UCI, ou seja, é composta por um enfermeiro e um médico da UCI. Para além de responderem aquando de chamada realizada para o telemóvel da EEMI, todos os turnos, o enfermeiro de EEMI identifica todos os doentes do hospital com *National Early Warning Score* (NEWS) elevado, dirigindo-se aos respetivos serviços para uma avaliação quando necessário.

Passando à descrição reflexiva das atividades realizadas em EC, que visaram atingir o seguinte objetivo geral: desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC na UCI, na semana anterior ao EC realizei uma pesquisa no *site* do Centro Hospitalar onde pude clarificar qual a missão, visão e valores pelos quais se regem. Após o seu início, tive ainda acesso ao manual de qualidade do serviço, onde surge a missão, princípios e valores mais específicos da UCI. No decorrer do EC, tive oportunidade de questionar os colegas sobre a proveniência dos doentes e perceber que a grande maioria provém do SU de outras instituições deste Centro Hospitalar, do BO da instituição, mas também de toda a região sul, particularmente, no fim de semana em que este hospital está responsável pelos cuidados neurocirúrgicos urgentes.

De salientar, que foi claro constatar que a maioria dos doentes são cirúrgicos e neurocirúrgicos, reconhecendo a importância de identificar e participar nos procedimentos mais comuns na UCI: intubação e extubação orotraqueal, colocação de CVC, colocação de linha arterial, colheitas de sangue através da linha arterial, avaliação de pressão venosa central (PVC), avaliação de PIC, avaliação de pressão intra-abdominal (PIA). Após realização dos procedimentos foi possível discutir com a enfermeira orientadora a relevância e significado dos mesmos para o estado clínico do doente, corroborando o que é expectável que o mestre seja capaz de demonstrar: 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 (OE, 2018).

A UCI é um contexto de cuidados à PSC, tendo sido crucial desenvolver competências teórico-práticas relativas à monitorização hemodinâmica invasiva da PSC e impacto na sua segurança. Como futura mestre e enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC, o desenvolvimento destas competências permitiu-me a partilha e discussão das mesmas com os pares no meu contexto da prática.

Outra atividade que consegui realizar foi acompanhar a enfermeira chefe durante um turno com o objetivo de conhecer a dinâmica da gestão do serviço. Participei na organização dos horários dos profissionais de enfermagem para a semana seguinte, na auditoria dos processos clínicos, e na atualização dos objetivos individuais de alguns colegas para os próximos dois anos. Foi possível perceber que o serviço implementa protocolos que visam a promoção da segurança dos doentes e qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo que a maioria dos colegas estão despertos para esta problemática e motivados para a realização e revisão das normas. Esta atividade contribuiu para compreender a dinâmica de gestão da equipa, com particular destaque para a comunicação entre a chefia e os enfermeiros. É essencial que os enfermeiros sejam envolvidos nos projetos de melhoria contínua dos serviços, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e promover a segurança dos clientes.

Relativamente à auditoria dos processos clínicos, a mesma baseia-se na avaliação das notas de admissão e de alta dos doentes, e é realizada pelo segundo elemento da equipa de enfermagem. Pude constatar que é um processo moroso, no entanto, crucial

para a melhoria das práticas. Da discussão com o enfermeiro sobre estas auditorias, emergiu a importância dada pelos elementos da chefia ao *feedback* dado aos enfermeiros que estão a ser auditados, ou seja, vai sendo dado conhecimento aos colegas sobre o seu processo de avaliação numa perspetiva de melhoria. Estas atividades permitiram-me desenvolver competências na área da melhoria contínua da qualidade. Apesar de considerar que garanto um ambiente terapêutico e seguro desenvolvendo práticas de qualidade, acredito que foi possível desenvolver competências na área da governação clínica (OE, 2019).

O segundo objetivo específico delineado foi planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados à PSC em contexto de UCI. O desenvolvimento deste objetivo surge no decorrer do EC, aquando da prestação de cuidados de enfermagem diária aos doentes. Refletindo sobre o dia-a-dia na UCI emerge automaticamente a teoria de enfermagem que orienta o meu percurso – Teoria da Vigilância, em que a sua operacionalização contém quatro fases: observação e avaliação contínua; reconhecimento de alterações face ao basal para o cliente; interpretação da informação obtida; tomada de decisão para continuação da monitorização ou atuação face à alteração identificada (Giuliano, 2017). Esta vigilância torna-se responsabilidade do enfermeiro, dado tratar-se do profissional de saúde que passa mais tempo com o doente.

No decorrer do EC, uma das competências mais desenvolvidas foi a comunicação com o doente crítico. Pude perceber que, dependendo do nível de sedação do doente, a comunicação deve ser gerida e muitas vezes é possível uma comunicação clara. Dado que exerço funções num SU onde após a intubação orotraqueal o doente é sedado e, posteriormente, transferido para uma UCI nunca tinha desenvolvido esta competência. Um dos exemplos a partilhar diz respeito ao senhor F., que se encontrava sob ventilação mecânica invasiva para proteção da via aérea, após alteração do estado de consciência, na sequência de alegada agressão com traumatismo cranioencefálico. O senhor encontrava-se agitado, com necessidade de contenção dos membros superiores para evitar a extubação acidental. Uma vez que se encontrava em desmame sedativo, foi crucial comunicar com o mesmo explicando o que tinha acontecido e porque se encontrava no hospital. O senhor F., abriu os olhos e assentiu com a cabeça. Esta intervenção tranquilizou-o e permitiu que colaborasse ativamente nos cuidados. Assim, considero que atingi a competência específica do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à PSC - cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, demonstrando ser capaz de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (OE, 2018).

Outra das áreas de investimento nesta área, que este contexto de EC proporcionou foi na área da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC, tendo sido possível assistir a auditorias direcionadas à pneumonia associada à intubação e à lavagem das mãos. Tendo em conta a especificidade do contexto e a complexidade e diferenciação dos cuidados exigidos a estes doentes, com recurso a múltiplas técnicas invasivas esta temática ganha uma relevância primordial (OE, 2018). O meu papel enquanto futura enfermeira especialista foi de sensibilização e atenção para com o uso correto dos EPI's e lavagem das mãos dos familiares dos doentes, minimizando o risco de contaminação dos profissionais, contaminação dos familiares ou contaminação cruzada de outros doentes.

Passando ao terceiro objetivo específico delineado, refletir sobre a *nursing intuition* na deteção precoce da deterioração clínica da PSC, durante o EC, ocorreram algumas situações onde pude identificar *nursing intuition*. Uma delas trata-se de uma extubação orotraqueal, a qual o enfermeiro refere ser precoce, apesar de não existir evidência clínica para tal, algo que mais tarde se verifica. Outra situação que foi alvo de discussão com a enfermeira orientadora refere-se ao senhor J., que após cirurgia abdominal, apesar de se manter estável hemodinamicamente, com dor que cedia a analgesia, existia algo que levava alguns enfermeiros a pensar que o doente não estaria a melhorar, mas sim a deteriorar-se clinicamente. Apesar de manter parâmetros vitais estáveis, era notória uma agitação psicomotora, confusão mental e palidez cutânea. Os enfermeiros comentavam que o senhor estava a deteriorar-se, no entanto não tinham evidência que justificasse esta apreciação. Mais tarde, este doente teve necessidade de ser novamente intervencionado cirurgicamente devido a uma complicação decorrente da primeira cirurgia.

No que toca às necessidades de formação identificadas no decorrer do EC, após identificação e discussão com as orientadoras, considerou-se mais vantajoso para a equipa de enfermagem alertar e consciencializar, através de partilha em momentos

informais, para a temática em estudo – *nursing intuition*. Depois de validação com a Chefia do Serviço, partindo de uma estratégia de questionamento aos profissionais sobre a sua perspetiva acerca da utilização/ mobilização da *nursing intuition* neste contexto, foi possível perceber que a maioria dos enfermeiros está consciente da utilização/ mobilização da intuição de enfermagem na prática de cuidados, embora cerca de um terço dos mesmos considere que não existe espaço para a intuição neste contexto. Ainda por esta partilha, foi possível identificar alguns fatores que estes profissionais consideram influenciar a intuição, como por exemplo, o conhecimento teórico do enfermeiro, a sua experiência ou ouvir atentamente o doente. Por outro lado, estes momentos de discussão revelam consciência da mobilização da intuição de enfermagem na prática de cuidados, sendo referida a importância da tomada de consciência do papel desempenhado pela intuição.

A operacionalização desta estratégia permitiu-me desenvolver competências de interação com os elementos da equipa e de análise reflexiva de informação, com foco no diagnóstico de situação. A temática da intuição de enfermagem suscitou algumas questões, o que proporcionou discussões em equipa. Decorrentes das mesmas, foi estimulante perceber que após a familiarização com o conceito e tomada de consciência da sua utilização, os colegas foram partilhando algumas situações em que identificaram ter mobilizado a intuição de enfermagem.

Segundo a OE (2018), os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidade. Importa reforçar que a qualidade dos cuidados e segurança dos doentes é sempre influenciada pelo contexto e condições onde se prestam os cuidados. Assim, esta temática ganha especial importância numa UCI, um serviço com uma complexidade e especificidades inerentes.

Posteriormente ao término deste EC, participei nas VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva desenvolvidas pelo Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (Anexo V), onde foram discutidas diversas patologias, tratamentos e cuidados associados baseados na mais recente evidência científica.

Este ensino clínico proporcionou-me a oportunidade de adquirir e aprofundar competências num ambiente de alta complexidade, não descurando a individualidade da

PSC e a qualidade dos cuidados prestados. Creio que atingi os objetivos definidos para o EC na UCI, sendo capaz de identificar problemas, antecipar focos de instabilidade e agir com eficácia (Benner, 2001), desenvolvendo competências, tanto de mestre como de enfermagem especializada.

2.2 Contexto de Gabinete da Qualidade, Ambiente e Segurança

O contexto seguinte diz respeito ao Gabinete de Qualidade, Ambiente e Segurança que se encontra inserido num hospital que tem como missão garantir o direito de todas as pessoas de terem acesso a cuidados de saúde de excelência, humanos e eficientes. Esta instituição tem como visão serem reconhecidos pelo seu modelo de saúde responsável, que aposta na medicina preditiva, preventiva, de base populacional, participativa e personalizada. Defendendo que os profissionais são a alma do grupo e o seu principal património, a instituição defende que o valor das suas palavras e ações vai além da esfera privada e é transferido para toda a organização. O hospital destaca, como valores aplicados na sua prática, a transformação, a ética, o cuidado e o compromisso.

O hospital é acreditado pela *Joint Commission International* (JCI), entidade subsidiária da organização *The Joint Commission*, com sede nos Estados Unidos da América, que acredita e certifica organizações e programas de saúde em todo o mundo. Um hospital acreditado demonstra um compromisso visível em melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao doente, em garantir um ambiente seguro, e em trabalhar constantemente para reduzir os riscos para os doentes e profissionais (Fragata, 2011).

O hospital é certificado também com o nível 7 do *Health Information and Management Systems Society* (HIMSS) desde 2017, distinguindo-se pela utilização dos sistemas e tecnologias da informação na elevação da qualidade dos cuidados e da segurança dos utentes, ou seja, por utilizar a tecnologia como parceira na prestação de cuidados (Locsin, 2005).

O mesmo hospital é certificado pela norma ISO 9001 (referencial internacional para a Certificação de Sistemas de Gestão da Qualidade) e pela norma ISO 14001 (referencial internacional que tem como objetivo a melhoria do desempenho ambiental).

Para compreender a dinâmica do gabinete da qualidade, ambiente e segurança, a enfermeira orientadora realizou uma apresentação do mesmo, permitindo-me a consulta dos procedimentos e protocolos de atuação nestas áreas, clarificou as atividades realizadas neste contexto e planeámos as atividades a realizar durante o EC. O gabinete é composto apenas por 3 enfermeiras, no entanto, existem elos em praticamente todos os serviços e grupos de trabalho em diversas áreas.

Neste EC considero que desenvolvi competências fundamentais na área da melhoria contínua da qualidade através da participação em reuniões para discussão sobre constatações em auditorias e a reavaliação das intervenções realizadas; participação em auditoria TRACER no SU, na qual é realizada uma auditoria desde a admissão até à alta de determinado cliente, passando por todos os procedimentos e processos que lhe são inerentes; participação em avaliação proativa do risco no SU, que consiste numa avaliação realizada por peritos de diversas áreas (qualidade, infraestruturas, gestão hoteleira, etc.), que se dirigem ao serviço com o objetivo de identificar possíveis lacunas.

Conhecer os resultados destas auditorias, também referentes ao serviço onde exerço funções permitiu-me planear uma estratégia de melhoria, como por exemplo, ao nível da formação em serviço e sensibilização para algumas áreas bem como dinamizar partilhas informais entre pares.

No âmbito das auditorias aos serviços, participei em auditorias relativas às metas internacionais de segurança dos doentes (Fragata, 2011), simulacros de derrame químico e biológico, que consistem em avaliar o desempenho dos profissionais perante um derrame. Nesta atividade, saliento o foco na aprendizagem e partilha de experiências entre as equipas dos serviços e auditores, relativizando o carácter avaliativo do momento.

As pessoas e a sociedade aumentaram os seus níveis de exigência no que respeita à qualidade dos cuidados de saúde recebidos (Fragata, 2011). Assim, na área da satisfação do cliente, participei na elaboração de um questionário para avaliação da experiência do cliente que permitia fazer um diagnóstico de situação como fase inicial de uma temática que tem vindo a ganhar relevo na área da qualidade dos cuidados. Esta atividade, permitiu-me desenvolver competências na elaboração da investigação primária, ao participar na elaboração de um instrumento de colheita de dados, com uma escala tipo *likert*.

A cultura representa o conjunto de percepções e comportamentos de um grupo ou organização, traduzindo-se no modo como a última exerce a sua atividade. Assim, a cultura de segurança numa instituição de saúde apresenta-se como valores partilhados pela equipa e assenta em três componentes: cultura justa (não assente na punição), cultura de reporte de eventos de risco e cultura de aprendizagem decorrente dos erros (Fragata, 2011). Assim, participei na elaboração do questionário para avaliação da cultura de segurança no hospital que avaliava a percepção dos profissionais (clínicos e não clínicos) relativamente à cultura de segurança da instituição.

Esta cultura de segurança prevê a existência de um sistema de reporte de eventos de risco e a análise dos mesmos para que seja elaborado um plano de ação (Fragata, 2011). Como enfermeira naquela instituição tive oportunidade de participar na análise de incidentes críticos e, ainda, de discutir com a enfermeira orientadora as análises dos eventos sentinela do hospital. A discussão e problematização destas situações constituiu-se numa mais valia para o desenvolvimento de competências na área da gestão do risco.

Outra atividade desenvolvida em EC foi a participação nas 2as Jornadas de Qualidade e Segurança do Hospital Lusíadas Lisboa intituladas *"Higher Standard, Great experience for all"*, evento orientado segundo quatro pilares estratégicos: Qualidade, Segurança, Experiência do cliente e Experiência do Colaborador.

No âmbito das atividades desenvolvidas em auditorias e reuniões, tive sempre em consideração uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com normas legais e princípios éticos e deontológicos, nomeadamente no que respeita ao sigilo profissional (OE, 2019).

A procura da compreensão do fenómeno da intuição de enfermagem nas suas mais diversas vertentes, culminou na proposta de realização de um estudo primário que possa contribuir com dados objetivos sobre a mobilização deste recurso na prática, com o objetivo de promover a segurança da pessoa. Surge assim um estudo descritivo e analítico, realizado com o objetivo de analisar a intuição de enfermagem no processo de tomada de decisão para a promoção da segurança, intitulado *Nursing intuition and decision making: do both have a place in patient safety?*. Alinhado com o Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa – Projeto id.Care, o estudo foi apresentado de forma fundamentada à Comissão de Ética da Instituição prestadora de cuidados, obtendo-se um parecer favorável ao seu desenvolvimento

(Anexo VI). Concluído este procedimento, os dados foram obtidos através da realização de três *Focus Group* compostos por quatro enfermeiros cada, selecionados de acordo com a técnica de amostragem intencional – enfermeiros coordenadores e/ou peritos nas suas áreas de intervenção. O grupo focal é um tipo de entrevista em grupo, definido como uma conversa planeada e desenhada cuidadosamente para obter informação sobre uma área específica de interesse, num ambiente tranquilo e permissivo, para não inibir os participantes de partilhar experiências e opiniões (Néné & Sequeira, 2017).

Ainda em fase de análise dos dados, deste estudo surgem alguns resultados preliminares, nomeadamente no que se refere ao conceito de intuição, a qual é encarada como uma característica pessoal, de carácter subjetivo, que é influenciada pela experiência, experiências semelhantes no passado, conhecimento e pelo nível de conhecimento sobre o cliente/situação clínica. Os participantes defendem que a intuição é intrínseca ao ser humano e mobilizada no processo de tomada de decisão. Alguns enfermeiros defendem que é influenciada pelo género, afirmando que as mulheres são mais intuitivas porque são mais observadoras. Um dos enfermeiros acredita que a intuição é uma incerteza, porque quando é baseada em experiências prévias denomina-se de conhecimento. Por outro lado, é unânime que a intuição deve ser utilizada como ferramenta complementar e não de forma exclusiva, é uma habilidade que pode ser desenvolvida e difícil de documentar. Acreditam que as equipas de enfermagem utilizam a intuição, mas não têm confiança para a manifestar, assim urge criar ambientes seguros promotores da manifestação da intuição.

Com esta atividade, na área da investigação primária, adquiri competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao responder aos requisitos para submissão de um estudo a uma Comissão de Ética, na criação de um instrumento de colheita de dados, orientador para a obtenção de informação no decurso de um *focus group*, na moderação de entrevistas em grupo e análise de resultados qualitativos. Espero ainda continuar a desenvolver competências na análise e categorização de resultados de um estudo qualitativo, sua compilação e redação de um artigo científico para posterior publicação e partilha de conhecimento em Enfermagem.

Desta atividade, destaco o desenvolvimento de competências de comunicação e de gestão de situações novas e não familiares, não só durante as entrevistas em grupo, como durante todo o processo de planeamento do mesmo.

Acredito que a análise da mobilização da intuição de enfermagem no processo de tomada de decisão para a promoção da segurança contribuirá para sensibilizar e consciencializar os profissionais sobre a sua utilização, reconhecendo-a como um recurso, até uma competência a ser integrada na prestação de cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade dos mesmos. Por outro lado, os resultados podem ser mobilizados para a realização de atividades com o objetivo de melhorar a competência intuitiva dos enfermeiros, como sejam a realização de exercícios de *brainstorming*, partilha de experiências intuitivas, prática reflexiva ou estratégias de simulação.

No desenrolar deste percurso, integrei o grupo de trabalho relacionado com a correta identificação dos doentes que reúne semanalmente com o objetivo de melhorar a política, procedimento e intervenção para a identificação inequívoca de doentes no hospital.

No que respeita ao desenvolvimento de competências enquanto futura mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC, este ensino clínico tornou-se fundamental para colmatar uma lacuna na área da melhoria contínua.

O Decreto-Lei nº 65/2018 (2018), regulamenta que o grau de mestre é conferido aos que demonstrem não só a aplicação dos seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, como também, a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais. Assim, o ensino clínico desenvolvido na insituição onde exerço funções como enfermeira permitiu ter uma visão alargada e multidisciplinar dos problemas existentes em toda a instituição, contribuindo para realçar a dimensão da temática da segurança do doente e qualidade dos cuidados.

Acredito que o desenvolvimento de competências na área da qualidade e gestão do risco, permitiu não só colmatar algumas áreas difíceis de desenvolver aquando da prática de cuidados de enfermagem diretos ao cliente e família como estudante do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, como também impactou a minha prática enquanto enfermeira chefe de equipa no serviço de urgência e deu contributos para a fase seguinte deste meu percurso de desenvolvimento de competências.

2.3 Contexto de SUC

Este EC foi realizado num SUC que tem como missão contribuir para alcançar níveis concretos de saúde e bem-estar para as pessoas e comunidade, através de intervenções planeadas e organizadas para proteger e promover a saúde, prevenir e tratar a doença e a incapacidade, orientadas com base nas necessidades da população, com os recursos de que dispõe e/ou colaborando com parceiros de outros setores para atingir essa finalidade. Como valores que norteiam a prática de cuidados aos clientes temos: confiança, compromisso com os cidadãos, integridade, respeito, responsabilidade social, inovação, colaboração, sustentabilidade e equidade.

Este SUC abrange uma área de influência direta que dá resposta a 310 000 pessoas, sendo que são admitidos uma média de 500 clientes por dia em todas as valências. Como resposta a esta afluência o serviço encontra-se organizado em diversos postos de trabalho: triagem, duas salas de reanimação (com capacidade para um total de três clientes em simultâneo), quatro salas de tratamentos orientadas para a prioridade atribuída no momento da triagem (verde, amarelo, laranja, respiratórios), pequena cirurgia, urgência de psiquiatria integrada no SUC. Como urgências de apoio que não integram o SUC temos a urgência de oftalmologia, urgência de otorrinolaringologia e urgência de dermatologia.

É relevante referir que o hospital é Centro de Referência de Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular. Assim, os clientes provenientes de outros hospitais entram pelo SUC para orientação, acompanhamento e vigilância até à intervenção.

Relativamente ao método de trabalho de enfermagem implementado no SUC, este corresponde ao método de trabalho individual, como discutido anteriormente no contexto de UCI. Relativamente à coordenação da equipa de enfermagem, existe o enfermeiro coordenador de ambulatório (normalmente, o chefe de equipa) e um enfermeiro coordenador do serviço de observação (SO).

Passando à descrição reflexiva das atividades realizadas em EC, apresento o objetivo geral: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC no SUC.

Tal como anteriormente, na semana que precedeu o EC realizei uma pesquisa no *site* do hospital, onde pude clarificar qual a missão, visão e valores pelos quais se regem. Ao longo do EC consegui perceber e discutir com o enfermeiro orientador algumas diferenças deste SUC relativamente ao SU onde exerço funções, nomeadamente, no que respeita a procedimentos mais comuns, como por exemplo, a intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva, colocação de CVC, colocação de linha arterial, mas também no que se refere a protocolos distintos, como por exemplo, o protocolo de via verde trauma.

Este contexto permitiu enriquecer o meu percurso de desenvolvimento de competências, aplicar os meus conhecimentos prévios e capacidade para compreender e resolver problemas perante situações novas e desconhecidas, num contexto amplo e também desconhecido. Apesar de já possuir alguma experiência com situações de cuidados semelhantes, o facto de me encontrar num ambiente diferente com uma equipa multidisciplinar diferente, dificultam o processo de perceber a situação como um todo levando a que, por vezes fosse necessário priorizar a observação (Benner, 2001).

Durante o meu percurso neste contexto, o serviço encontrava-se sobrelotado, sendo elevado o tempo de permanência dos clientes no SO e salas de tratamento. Assim, ficou definido que a maioria dos meus turnos seriam realizados na sala de reanimação onde seria expectável a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018).

Para compreender a dinâmica do SUC foi crucial integrar o funcionamento da sala de reanimação - sala com características únicas e desafiantes devido à complexidade dos cuidados prestados e situações imprevisíveis geradoras de *stress* e incerteza. Mesmo tendo experiência em abordar clientes noutra sala de reanimação, foi necessário conhecer os procedimentos inerentes a este novo local. O enfermeiro é responsável pela manutenção e reposição do material que compõe a sala, devendo no início de cada turno ou após utilização testar todos os equipamentos.

Passando ao segundo objetivo específico - refletir sobre a *nursing intuition* na deteção precoce da deterioração clínica da PSC -, no decorrer do EC, fui capaz de

identificar a mobilização da *nursing intuition* em diversas situações, o que despoletou discussões com o meu enfermeiro orientador e restante equipa.

Uma das situações em que foi clara a identificação da mobilização da *nursing intuition* foi a senhora M., de 65 anos, que foi trazida ao SUC, acompanhada pelos bombeiros por um défice neurológico agudo – hemiparesia esquerda, afasia e desvio conjugado do olhar para a direita com vômitos associados no momento da triagem. Após a descrição da situação pelos bombeiros, foi quase instintivo que estaríamos perante um acidente vascular cerebral hemorrágico. Em discussão com o meu enfermeiro orientador, percebemos que ambos intuímos exatamente o mesmo perante a situação que nos apresentaram. Após discussão reflexiva sobre a mobilização da *nursing intuition* nesta situação fomos capazes de integrar os nossos conhecimentos sobre a patologia e recordar diversas situações semelhantes com as quais nos deparámos ao longo da nossa experiência profissional.

Outra situação que considero relevante neste percurso foi um momento em que partilhei com o meu enfermeiro orientador uma preocupação relativa à identificação inequívoca dos doentes no SUC. Os enfermeiros conhecem o impacto deste procedimento na segurança do doente, porém, por vezes, não priorizavam o ato de colocação da pulseira de identificação aquando do encaminhamento do doente para determinados procedimentos. Assisti à situação da senhora M., encaminhada ao SUC por disartria e hemiparesia esquerda com indicação para realização de trombectomia, tendo sido encaminhada ao serviço de imagiologia sem pulseira de identificação. Neste momento, partilhei com o meu enfermeiro orientador a minha preocupação, procurando sensibilizar para a prática correta.

No decorrer do EC fui capaz de planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados à PSC neste contexto. Neste momento de escrita reflexiva sobre o percurso de desenvolvimento de competências, importa destacar algumas situações de cuidados que, por algum aspeto, se tornaram fundamentais e orientadoras deste trajeto.

A situação de cuidados que deu origem a um estudo de caso diz respeito ao senhor M., de 38 anos, que após um episódio de dor torácica sofreu uma paragem cardiorrespiratória no local, presenciada e com início imediato de manobras de suporte básico de vida (SBV). A viatura médica de emergência e reanimação (VMER) dirigiu-se ao

local iniciando suporte avançado de vida (SAV), ritmo inicial de assistolia com ritmos subsequentes de atividade elétrica sem pulso. Perante esta situação, o SUC recebeu a informação exterior de que chegaria um cliente para possível doação de órgãos em PCR. À chegada ao SUC, este é admitido e recebido pela equipa do serviço de medicina intensiva ao abrigo do protocolo de *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation* (E-CPR).

Esta situação tornou-se uma experiência a salientar por ser uma possibilidade de aquisição e desenvolvimento de conhecimento teórico-prático, dado que é um procedimento que não é realizado no SU onde exerço funções. Esta situação despoletou em mim algumas questões que esclareci através da realização do estudo de caso, sustentando a análise crítica em evidência científica e protocolos de atuação.

A comunicação em emergência é fundamental para o sucesso, quer da prestação de cuidados de saúde quer do *outcome* no doente. Em situações de urgência e emergência é crucial a existência de competências como liderança, trabalho de equipa, comunicação e assertividade, que têm impacto no desfecho do cliente (American Heart Association, 2021; Coimbra, 2021; INEM, 2019).

Relativamente às indicações para conectar um cliente a *extracorporeal membrane oxygenation* (ECMO), foi possível compreender que a reanimação cardiorrespiratória extracorporeal é também uma das indicações para o ECMO, aplicando-se em situações de PCR refratária às manobras convencionais de SAV (Alves, 2023; Coimbra, 2021).

A situação de cuidados acima descrita ilustra uma pessoa em situação crítica que necessita de cuidados de enfermagem diferenciados, com especial enfoque na vigilância (Meyer & Lavin, 2005). Por outro lado, a tecnologia desempenha um papel fundamental, atuando como elo entre o cliente e o enfermeiro, fomentando cuidados de qualidade (Locsin, 2005). A realização deste trabalho permitiu compreender o procedimento, indicações, complicações, intervenções de enfermagem e dinâmica da equipa fortalecendo a minha capacidade de reflexão e raciocínio crítico.

Outra situação de cuidados importante neste percurso foi o caso do senhor J., 36 anos, que residia com a esposa e um filho de três meses. O senhor recorreu ao SUC por odinofagia com 6 dias de evolução, tendo sido medicado com antibioterapia. Nessa manhã, retornou ao SUC por agravamento da odinofagia com dispneia associada desde há 3 dias. Na triagem foi referida a presença de estridor na avaliação da respiração do

cliente. Na sala de reanimação verificou-se uma protelação da avaliação inicial deste utente, por não concordância com os resultados do procedimento de triagem.

Atualmente, assistimos a um aumento da afluência aos serviços de urgência, culminando na sua sobrelotação, tornando-se primordial categorizar os clientes admitidos por gravidade clínica. O enfermeiro triador deve ser capaz de tomar decisões mobilizando estratégias de raciocínio clínico, reconhecer padrões, formular hipóteses e intuição (Coimbra, 2021). Assim, considero que se deveria ter iniciado a avaliação, mesmo que depois sentisse fosse necessário debater ideias com o colega da triagem sobre a sua tomada de decisão.

A situação culminou numa PCR que não foi possível reverter. Um aspeto que considero essencial na abordagem à PSC é uma avaliação inicial sistematizada e bem estruturada. A abordagem ABCDE (A – *Airway*, B – *Breathing*, C – *Circulation*, D – *Disability*, E – *Exposure*) preconiza uma avaliação sequencial que permite priorizar os cuidados emergentes que a PSC possa necessitar. Numa equipa de alto desempenho a avaliação e intervenção é realizada em simultâneo e executadas em equipa multidisciplinar (American Heart Association, 2021; Coimbra, 2021).

A abordagem à PSC deve ser coordenada, as intervenções devem ser efetuadas de forma horizontal, ou seja, em equipa, na qual cada elemento tem funções e responsabilidades claras e bem definidas. Este desempenho permite identificar e corrigir rapidamente os problemas encontrados (American Heart Association, 2021; Coimbra, 2021). Corroborando com os autores supracitados, considero que, na abordagem à pessoa em situação crítica, o fator tempo é primordial, sendo este um aspeto a melhorar na abordagem em situações como a que descrevo.

A situação de cuidados vivenciada proporcionou um momento de reflexão e introspeção, que foi sistematizado através da realização de um jornal de aprendizagem. Acredito que a constante reflexão sobre a intervenção de enfermagem na prática torna-se essencial no desenvolvimento de equipas de emergência (Coimbra, 2021). Esta competência assemelha-se ao descrito sobre o mestre em enfermagem, que deverá ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações mais complexas e refletir sobre as implicações das mesmas (Diário da República, 2018).

Durante o EC tive oportunidade de discutir com o meu enfermeiro orientador sobre a forma de elaborar os registos de enfermagem. Os registos de enfermagem garantem a continuidade de cuidados através do registo da avaliação e intervenções realizadas permitindo, ainda, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Dada a minha experiência prévia na abordagem de clientes na sala de reanimação, e dado o algoritmo de abordagem da PSC (ABCDE), considero que a realização de registos de acordo com essa abordagem permite sistematizar e organizar os mesmos. Os registos de enfermagem são uma fonte de informação que permite conhecer o cliente, prestar cuidados individualizados e garantir a continuidade dos cuidados. Estes servem alguns propósitos, nomeadamente, a avaliação contínua do cliente, os cuidados individualizados, a continuidade de cuidados, qualidade dos mesmos, a evidência legal da intervenção de enfermagem, a investigação, o conhecimento de enfermagem, financiamento e a base de dados (Henriques, 2021).

Apesar de nos focarmos na dimensão física da PSC aquando da abordagem inicial na sala de reanimação, não podemos descurar as outras dimensões – emocional, espiritual e cultural - da pessoa e da sua família (OE, 2001). Assim, devemos envolver o cliente e a sua família no planeamento dos cuidados indo ao encontro da satisfação das suas necessidades individuais com o intuito de atingir resultados positivos em saúde (Valenzuela, 2019). Recordando a situação da senhora M. que recorre ao SUC, acompanhada pelo esposo e bombeiros por um quadro de dispneia súbita, a senhora tinha uma neoplasia do útero com metastização pulmonar. Foi necessário perceber qual a perceção do esposo relativamente a esta situação, dada a rápida deterioração do estado clínico da senhora com alteração do estado de consciência e respiração agónica. Para um cuidado individualizado a esta família foi necessário compreender qual a rede de suporte familiar existente, permitindo que os familiares mais próximos (filho e nora) se dirigissem ao hospital para se despedirem da senhora M. na sala de reanimação. No decorrer da situação foi crucial o estabelecimento de uma relação terapêutica com os familiares e esclarecer dúvidas que surgiam, por exemplo, relativas ao sofrimento sentido pela senhora M.

A comunicação é considerada uma componente essencial para o cuidado de enfermagem, uma vez que permite o estabelecimento de relações terapêuticas entre o enfermeiro e a pessoa/família. Nos serviços de urgência, dada a imprevisibilidade das

situações ocorridas, é comum o confronto dos enfermeiros com a morte inesperada de clientes. Este acontecimento súbito e inesperado provoca na família um luto intenso e mais doloroso (Coimbra, 2021), tornando-se especialmente relevante a intervenção do enfermeiro especialista. Este cuidado delicado e individualizado às necessidades de cada família requer treino, sensibilidade e experiência do profissional de saúde.

O quarto objetivo específico definido para este EC diz respeito a aprofundar conhecimentos na área da gestão e liderança de equipas. Assim, realizei um turno a acompanhar o enfermeiro orientador na coordenação da equipa e foi possível compreender que a dimensão do mesmo, a grande rotatividade e afluência de clientes ao SU são algumas características que tornam a tarefa de liderança crucial para o bom funcionamento do mesmo. No decorrer desse turno foi possível identificar semelhanças e disparidades na gestão do serviço em comparação ao SU onde exerço funções, o que motivou algumas discussões com o enfermeiro orientador com enfoque na organização do serviço e gestão de conflitos.

O enfermeiro gestor tem um papel fundamental na otimização do ambiente de prática de enfermagem e deve apresentar determinadas competências (OE, 2015). Autores como Silva e Potra (2016) e Sousa, Martins e Lucas (2022) corroboram a mesma ideia, defendendo que os enfermeiros gestores têm uma intervenção crucial na promoção de ambientes de prática de enfermagem favoráveis com resultado direto na qualidade dos cuidados de enfermagem, na satisfação dos enfermeiros e clientes.

Baernholt e Cottingham (2011) citado por Carvalho e Lucas (2020) defendem que a liderança em enfermagem desempenha um papel relevante na prestação de cuidados de qualidade ao cliente, envolvendo quatro atividades: facilitar a comunicação contínua eficaz, estabelecimento de relações intra e interprofissionais fortes, construção e manutenção de equipas e envolvimento dos pares.

O desenvolvimento de competências na área da gestão e liderança de equipas permitiu a partilha de conhecimentos em momentos informais com a equipa de enfermagem e enfermeiros a exercer funções de liderança de equipas do SU onde exerço funções.

No decorrer do EC participei no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 (Anexo VII) desenvolvido pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, onde apresentei, como primeira autora um póster intitulado "*Nursing Intuition* na Promoção da Segurança

da Pessoa em Situação Crítica” (Anexo VIII), um desafio que permitiu mais uma vez, dar continuidade ao desenvolvimento de competências comunicacionais e contribuiu para a produção e disseminação de conhecimento na enfermagem (Diário da República, 2018).

Apesar de ter experiência na abordagem à PSC em contexto de urgência e emergência considero que o ambiente que nos envolve tem uma influência importante nesta abordagem. Este serviço apresenta uma dinâmica estrutural e organizacional bastante distinta, que permitiu aperfeiçoar as minhas competências de reflexão crítica.

Assim, acredito que atingi os objetivos definidos para o EC, sendo capaz de identificar problemas, detetar precocemente focos de instabilidade e agir eficazmente com os recursos disponíveis (Benner, 2001), com particular destaque para a vigilância da PSC para promoção da segurança (Meyer & Lavin, 2005). Ao mesmo tempo, apesar de se tratar de uma área onde regularmente presto cuidados, considero que desenvolvi competências de comunicação entre pares, competências de gestão e organização do serviço e competências na abordagem à PSC em parceria com a equipa multidisciplinar.

2.4 Contexto de Ambulância de SIV

O culminar do percurso de desenvolvimento de competências em EC decorreu no contexto de ambulância de SIV, que se destina a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente, manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de SAV. A ambulância de SIV pertence ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que tem como missão garantir o funcionamento eficaz e o desenvolvimento sustentável do Sistema Integrado de Emergência Médica (Ministério da Saúde, 2017).

O INEM tem como visão ser uma organização inovadora, sustentável e de referência na prestação de cuidados de emergência médica extra-hospitalar, assumindo-se como uma marca de excelência no setor da saúde (Ministério da Saúde, 2017).

A tripulação da ambulância de SIV é constituída por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar. Relativamente aos recursos técnicos, esta ambulância é provida dos equipamentos constituintes da ambulância de SBV, acrescida de um monitor desfibrilhador e diversos fármacos (Ministério da Saúde, 2017).

Para registos de enfermagem é utilizada uma ferramenta de registo clínico – iTeams -, desenvolvida pelo INEM, que tem como objetivo facilitar o suporte interativo entre o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e os meios que estão no terreno, permitindo estratificar a gravidade clínica das ocorrências e assim contribuir para uma regulação médica mais eficaz nas situações de maior gravidade (Ministério da Saúde, 2017). O sistema integrado permite a transmissão de eletrocardiograma, sinais vitais e restantes registos clínicos.

Após a ativação da ambulância de SIV, a intervenção da equipa rege-se por protocolos de atuação direcionados à queixa do cliente. Estes protocolos visam orientar a intervenção de enfermagem e tendem a tornar-se cada vez mais complexos, interligando-se entre si. Para a excelência do cuidado, o enfermeiro deve possuir competências de análise, julgamento crítico e tomada de decisão (Tanner, 2006). A autonomia do enfermeiro na ambulância de SIV aumenta com a evolução da complexidade dos protocolos, o que acarreta um aumento da responsabilidade profissional do mesmo.

No decorrer do EC tive oportunidade de realizar turnos na ambulância de SIV de Alcácer do Sal, caracterizada por ter poucas ativações. Por outro lado, a distância a percorrer, aquando da necessidade de encaminhamento dos clientes ao hospital, é maior. Dada a dificuldade de acesso das pessoas ao hospital mais próximo, as situações são mais complexas e imprevisíveis. Em simultâneo, realizei turnos na ambulância de SIV de Lisboa, com características distintas, muitas ativações, a distância ao hospital da área é curta, e as situações são normalmente, menos complexas. Nesta localização temos outro desafio que é o tráfego intenso existente no centro da cidade durante determinadas horas do dia.

Passando à descrição reflexiva das atividades realizadas em EC, apresento o objetivo geral: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC em contexto pré-hospitalar (ambulância de SIV).

Para compreender a dinâmica e organização da resposta da emergência pré-hospitalar, realizei uma pesquisa no site do INEM e, posteriormente, discuti com o enfermeiro orientador com o intuito de compreender o papel do enfermeiro na ambulância de SIV. No decorrer destas discussões, foi enriquecedor refletir sobre o contributo das competências comuns do enfermeiro especialista na prática de cuidados

de enfermagem em emergência pré-hospitalar, contexto onde predomina a imprevisibilidade e, conseqüentemente competências de comunicação, liderança, gestão de conflitos e tempo se tornam cruciais (OE, 2019).

Neste contexto particular, um dos meus objetivos era refletir sobre a influência do ambiente na promoção da segurança da PSC, algo que foi possível de realizar através de situações da prática de cuidados e através de discussões com o enfermeiro orientador.

Recordo a situação do jovem R. que tem uma epilepsia e déficit cognitivo como antecedentes pessoais, sendo a ambulância de SIV ativada por crise convulsiva. Apesar de o enfermeiro já conhecer o ambiente familiar e socioeconômico onde este cliente se inseria, permitiu-me realizar uma avaliação da situação. À chegada ao local, o jovem já se encontrava consciente e orientado, inclusive esboçou um sorriso e cumprimentou o enfermeiro que já era seu conhecido. Tratava-se de uma família composta pela mãe e jovem R., como familiares de apoio tinha a irmã mais velha de R. e o esposo que tinham um filho em comum. A mãe, que apresentava dificuldades de locomoção, era a cuidadora principal do R. Enquanto tentávamos realizar uma avaliação inicial ao jovem, o sobrinho deste (criança de cerca de 7 anos) corria pela casa, a mãe alertou-o sem sucesso, ouviam-se discussões entre os familiares e vizinhos que, entretanto, se aglomeraram na porta, e a criança começou a mexer nos botões do monitor desfibrilhador. Tratou-se, portanto, de uma situação real, onde o ambiente externo se apresentou como um fator dificultador da prestação de cuidados de enfermagem. Nesta situação, a intervenção do enfermeiro especialista passou por apreender a situação como um todo e intervir neste fator externo que estava a dificultar a abordagem. Explicámos à criança, utilizando técnicas de comunicação adequadas à faixa etária, que naquele momento precisávamos de conversar e avaliar o tio.

No desenrolar da situação, apesar da relevância de encaminhar o jovem ao hospital mais próximo para uma avaliação mais criteriosa (i.e. análises sanguíneas e exames complementares de diagnóstico), a mãe acabou por assumir a responsabilidade por não ter disponibilidade para se deslocar para tão longe, aceitando apenas realizar a avaliação no serviço de urgência básica mais próximo.

Outra situação de cuidados que ilustra o impacto do ambiente na prática de enfermagem é a situação do adolescente F., saudável, seguido em imunologia para despiste de etiologia de reações alérgicas recorrentes. A ambulância de SIV foi ativada

por uma reação alérgica após o pequeno-almoço, com 40 minutos de evolução, na escola privada onde o jovem se encontrava. À chegada ao local, fomos recebidos pelo diretor da instituição, que nos encaminhou à enfermaria onde se encontram a cozinheira (que tentava perceber se algum ingrediente diferente do habitual teria sido adicionado ao pequeno-almoço), o pai do jovem e a enfermeira do local. A abordagem ao jovem neste contexto ficou dificultada pela quantidade de profissionais que tentaram ajudar na resolução da situação, acabando por se tornar fatores dificultadores de uma avaliação inicial eficaz. Nesta situação, a abordagem do enfermeiro especialista passou por explicar a necessidade de avaliação do jovem e encaminhá-lo, juntamente com o pai, à ambulância para realização da avaliação inicial, tranquilamente.

No decorrer do EC, fui capaz de planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados à PSC neste contexto. Para isso realizei um turno na sede, onde tive a oportunidade de me familiarizar com os protocolos de atuação. Os protocolos tendem a tornar-se mais complexos e, se por um lado orientam a atuação do enfermeiro, por outro requerem um julgamento clínico e competências de tomada de decisão (Tanner, 2006), que permitirão realizar uma avaliação da PSC. A evolução da complexidade dos protocolos é diretamente proporcional à autonomia do enfermeiro na sua prestação de cuidados em ambiente pré-hospitalar, e, consequentemente, ao nível de responsabilidade que é exigido ao enfermeiro.

No decorrer do EC, a temática da *nursing intuition* orientou diversas discussões com o enfermeiro orientador no sentido de compreender efetivamente a definição deste conceito, tornando fundamental a tomada de consciência sobre o seu uso. Nestas discussões, foi necessário mobilizar os resultados da RIL, complementando com exemplos da prática de enfermagem.

Relembrando a situação do jovem R., descrita acima, aquando da ativação da ambulância quase que automaticamente o enfermeiro referiu a possibilidade de se tratar de uma chamada de atenção do jovem e não de uma crise convulsiva. Isto, foi possível dado o conhecimento teórico do enfermeiro, o conhecimento sobre o cliente e família, experiência anterior com este jovem e situações semelhantes, a influência que o ambiente familiar exerce naquele jovem e a habilidade intuitiva do enfermeiro (Valenzuela, 2019).

No contexto de ambulância de SIV, a temática da prevenção e controle de infecção torna-se fundamental, dada a escassez, ou até mesmo inexistência, de possibilidade de realização de lavagem das mãos, o que motivou discussões com o enfermeiro orientador. Destas reflexões surge a criatividade do enfermeiro especialista como resposta eficaz a esta necessidade identificada, nomeadamente através do uso de toalhetes desinfetantes, desinfetantes pessoais ou lavagem das mãos nos hospitais para onde encaminhamos os doentes.

Uma dificuldade encontrada neste percurso, diz respeito ao número de ativações no decorrer do meu EC. Isto porque, dada a imprevisibilidade de ativação da ambulância de SIV, gostaria de ter tido mais experiências.

A emergência pré-hospitalar surge como um ambiente desconhecido, que se tornou um desafio e proporcionou uma visão alargada que levou a PSC para fora do hospital. Neste contexto, o enfermeiro é desafiado a prestar cuidados em ambientes desconhecidos, ambientes que são, muitas vezes, o espaço do cliente. Este percurso fomentou o desenvolvimento de competências de reflexão crítica sobre a minha prestação de cuidados, contribuindo também para o meu desenvolvimento pessoal. Assim, considero que atingi os objetivos delineados para este EC, com enfoque no ambiente como fator influenciador da segurança na prestação de cuidados de enfermagem à PSC neste contexto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório representa o culminar do percurso de desenvolvimento de competências na área do cuidado à PSC, nomeadamente, na mobilização da *nursing intuition* na identificação de sinais de instabilidade da PSC. Este documento baseia-se na análise crítica e reflexiva de algumas situações vivenciadas na prática de cuidados em contexto de EC, fundamentadas na evidência científica, destacando a prestação de cuidados de enfermagem holísticos (Valenzuela, 2019).

Este percurso permitiu refletir sobre a mobilização da *nursing intuition* na identificação de sinais de instabilidade da PSC, apesar de a UCI se tratar de um contexto controlado e muito parametrizado, bastante díspar daquilo que é a minha experiência profissional. No entanto, também é possível refletir sobre a mobilização da *nursing intuition* na satisfação de necessidades humanas básicas, que ocorre muitas vezes em doentes hospitalizados na UCI, impossibilitados de satisfazer as suas atividades de vida diárias. Por outro lado, no âmbito da emergência pré-hospitalar, a mobilização da *nursing intuition* parece evidente. Neste caso, no entanto, o desafio passou por justificar o interesse da temática para a prática de enfermagem.

Este percurso permitiu o desenvolvimento de competências de comunicação, não só com os pares, mas também com a PSC que se encontra sob ventilação mecânica invasiva e/ou sob analgosedação. É uma área que assume especial relevo no meu desenvolvimento pessoal, uma vez que exerço funções de chefia de equipa, onde a comunicação com os pares e gestão de conflitos são cruciais.

No que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista, acredito que desenvolvi as áreas da melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados. A reflexão contínua, o EC no gabinete da qualidade, ambiente e segurança e a realização do presente relatório permitiram desenvolver a capacidade de autoconhecimento, assertividade, e também de fomentar o compromisso com o meu projeto de desenvolvimento de competências.

O enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para responder, atempadamente e de forma holística, perante a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à PSC e à sua família (OE, 2018). Assim, considero que, durante o percurso demonstrei capacidade para administrar protocolos terapêuticos complexos,

gestão da comunicação interpessoal e gestão da dor, que se tornou crucial no período de agudização da PSC.

Outra competência específica que o enfermeiro especialista deve demonstrar é a resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, quando consideramos o risco de infeção face à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos, pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas (OE, 2018). Durante o EC, comprovei o desenvolvimento desta competência com a demonstração de conhecimentos específicos na área, salvaguardando o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e através da realização de auditorias aos serviços neste âmbito. No contexto de ambulância de SIV, a temática da prevenção e controlo de infeção toma especial relevância dada a escassez, ou até mesmo inexistência, de possibilidade de realização de lavagem das mãos, cabendo ao enfermeiro especialista utilizar a sua criatividade como resposta a esta necessidade, tal como mencionado anteriormente.

Aquando de situações de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta da equipa (OE, 2018). Durante este percurso, garanti as condições de segurança na prestação de cuidados, demonstrei interesse em conhecer o plano de emergência dos hospitais, fui capaz de assumir os cuidados a prestar na sala de reanimação no SU e o cuidado à PSC em contexto pré-hospitalar. Adicionalmente, a minha experiência profissional no SU contribuiu para o desenvolvimento desta competência, não só perante situações de emergência, enquanto enfermeira que assume os cuidados na sala de reanimação, como também na possibilidade de situações de catástrofe, enquanto chefe de equipa de enfermagem responsável pelo plano de emergência interno em alguns turnos.

A disparidade entre a mobilização da *nursing intuition* na UCI, serviço protocolado e parametrizado, quando comparada com o SU ou a ambulância de SIV, tornou-se uma reflexão interessante, em que foi possível compreender que, nos diferentes contextos, existem diferentes fatores influenciadores da utilização da *nursing intuition*. Na UCI os internamentos podem ser prolongados, contribuindo para o conhecimento dos nossos clientes, promovendo a prestação de cuidados de enfermagem holísticos, facilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança com o cliente e família (Valenzuela, 2019). No SU e na ambulância de SIV, sobressai o impacto que o ambiente

externo pode ter na mobilização da *nursing intuition* (Valenzuela, 2019). No contexto do gabinete da qualidade, ambiente e segurança, a vasta experiência das enfermeiras que compõem o serviço permite sobressair as suas competências intuitivas (Valenzuela, 2019).

A *nursing intuition* tem despertado muito interesse nos pares por se tratar de uma temática pouco abordada e ser mobilizada pelos enfermeiros sem tomada de consciência. Pessoalmente, torna-se desafiante e estimulante, porque acredito que os resultados da RIL e o percurso de desenvolvimento de competências contribuem positivamente, não só para a prestação de cuidados de enfermagem especializados individual, como para a partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem onde me insiro, desenvolvendo a prática clínica especializada.

Como perspetiva de desenvolvimento futuro, planeio concluir a RIL que visa responder à pergunta de investigação - qual o impacto da *nursing intuition* na deteção precoce da deterioração clínica na PSC? -, partilhando os resultados e contribuindo para a disseminação de conhecimento em enfermagem. Relativamente ao estudo primário descritivo e analítico, que visa analisar a intuição de enfermagem no processo de tomada de decisão para a promoção da segurança, planeio tratar os dados e organizá-los para os partilhar com os pares e publicar, contribuindo para a disseminação de conhecimento em enfermagem. Relativamente ao meu percurso enquanto enfermeira chefe de equipa no SU, continuarei a participar ativamente no grupo de trabalho sobre a correta identificação dos doentes. No âmbito da *nursing intuition*, irei apresentar os resultados deste meu percurso à equipa de enfermagem do meu serviço, contribuindo, desta forma, para a tomada de consciência sobre a mobilização da intuição na nossa prática de cuidados.

Corroborando autores como Miller & Hill (2017), são necessários mais estudos e projetos sobre como promover o uso da intuição e perceber como esta é utilizada no processo de tomada de decisão. Sabendo que a tomada de decisão intuitiva é incorporada diariamente na prática de enfermagem (Banks, 2023), importa perceber qual o seu potencial na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este percurso permite-me corroborar o já observado Benner (2001) quando esta defende que o enfermeiro perito possui uma enorme experiência, compreendendo cada situação de forma intuitiva e apreendendo diretamente o problema, isto é, mobilizando a sua intuição no processo de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, F. (2023). *Manual de ECMO*. Lisboa: LIDEL.

American Heart Association. (2021). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular*. Estados Unidos da América.

Azevedo, M. (2018). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares Sugestões para a estruturação da escrita segundo Bolonha* (9.^a edição ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Banks, S. (2023). *Chaos is Not Rational: Nursing Leadership and Intuition in Disaster Preparedness and Response*. Mississippi: The Aquila Digital Community.

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P., K. P., & Stannard, D. (2011). Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care - A Thinking-in-Action Approach. *Springer Publishing Company, LLC*.

Billay, D., Myrick, F., Luhanga, F., & Yonge, O. (2007). A Pragmatic View of Intuitive Knowledge in Nursing Practice. *Nursing Forum*.

Carvalho, M., & Lucas, P. (2020). A EFICÁCIA DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO LÍDER CLÍNICO - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. *Millenium*, pp. 57 - 64.

Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lisboa: LIDEL.

Considine, J., Jones, D., Pilcher, D., & Currey, J. (2016). Patient physiological status at the emergency department-ward interface and emergency calls for clinical deterioration during early hospital admission. *Journal of Advanced Nursing*, 1287-1300. doi:10.1111/jan.12922

Dalton, M., Harrison, J., Malin, A., & Leavey, C. (2018). Factors that influence nurses' assessment of patient acuity and response to acute deterioration. *British Journal of Nursing*.

DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive & Critical Care Nursing*, 1 - 7.

Despacho n.º 9390/2021 (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Direção-Geral da Saúde. Diário da República, II Série (N.º 187 de 24-09-2021), 96-103.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2024). Obtido de <https://www.esel.pt>

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes Uma Abordagem Prática*. Lisboa: LIDEL.

Frederico, M., & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros* (1ª ed.). Coimbra: Formasau. doi:972-8485-09-3

Giuliano, K. (2017). Improving patient safety through the use of nursing surveillance. *Biomedical Instrumentation and Technology*, 34-43. doi:• Giuliano, K. K. (2017). Improving patient safety through the use of nursing sorg/10.2345/0899-8205-51.s2.34

Hassabi, P., Abdi, A., & Jalali, R. (Fevereiro de 2016). State of Science, "Intuition in Nursing Practice": A Systematic Review Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10, 7-11. doi:10.7860/JCDR/2016/17385.7260

Hassani, P., Abdi, A., Jalali, R., & Salari, N. (2016). Use of intuition by critical care nurses: a phenomenological study. *Advances in Medical Education and Practice*, 65-71.

Henriksen, D., Brabrand, M., & Lassen, A. (2014). Prognosis and Risk Factors for Deterioration in Patients Admitted to a Medical Emergency Department. *PLoS ONE* . doi:10.1371/journal.pone.0094649

Henriques, E. (2021). *O Cuidado Centrado no Cliente - Da Apreciação à Intervenção de Enfermagem*. Sintra: Lusodidacta.

Holm, A., & Severinsson, E. (2016). A Systematic Review of Intuition—A Way of Knowing in Clinical Nursing? *Open Journal of Nursing*, 412-425. doi:http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2016.65043

Hutchinson, M., Hurley, J., Kozlowski, D., & Whitehair, L. (2018). The utilisation of emotional intelligence capabilities in clinical reasoning and decision making: a qualitative, exploratory study.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*.

Joanna Briggs Institute. (2020). Obtido de <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Jones, D., Mitchell, I., Hillman, K., & Story, D. (2013). Defining clinical deterioration. *Resuscitation*, 1029-1034.

Karki, N., Dahkal, R., & Luitel, N. (2017). *THE USE OF INTUITION IN NURSING PRACTICE A Descriptive Literature Review Concerning the use of Intuition by Nurses*. Lahti University of Applied Sciences.

Lei nº 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182.

Lei nº 95/2019 (2019). 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, I Série (N.º 169 de 04-09-2019), 55-66.

Levis, T., Schwartz, M., & Bitan, Y. (2018). Triage Nurses Decision-Support Application Design. *International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care*, 52 - 55.

Locsin, R. (2005). *Technological competency as caring in nursing - A model for practice*. Indianapolis: S. T. T. International.

Meyer, G., & Lavin, M. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *The Online Journal of Issues in Nursing*. doi:10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01

Miller, E., & Hill, P. (2017). Intuition in Clinical Decision Making Differences Among Practicing Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 1 - 12.

Ministério da saúde. (2017). Obtido de <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-ambulancia-de-suporte-imediato-de-vida-siv/>

Néné, M., & Sequeira, C. (2017). *Investigação em Enfermagem Teoria e Prática*. Lisboa: LIDEL. Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: DIVULGAR.

Padilla, R., & Mayo, A. (2018). Clinical deterioration: A concept analysis. *J Clin Nurs*, 1360-1368. Obtido de <https://doi.org/10.1111/jocn.14238>

Ramezani-Badr, F., Nasrabadi, A., Yekta, Z., & Taleghani, F. (2009). Strategies and Criteria for Clinical Decision Making in Critical Care Nurses: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Scholarship*.

Regulamento n.º 101/2015 (2015). Regulamento do Perfil Competências do Enfermeiro Gestor. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (N.º 48 de 10-03-2015), 5948-5952.

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

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359-19370.

Rew, L., & Barrow, E. M. (1987). *Intuition: a neglected hallmark of nursing knowledge* (Vol. 10). Adv. Nurs. Sci.

Silva, C., & Potra, T. (2016). Satisfação Profissional dos Enfermeiros: Uma Revisão Scoping. 20, pp. 33 - 50.

Sousa, A. (2023). Obtido de Metodologia de Projeto.

Sousa, E., Martins, P., & Lucas, P. (2022). A qualidade dos cuidados de enfermagem no ambiente de prática de enfermagem: revisão scoping. *Global Academic Nursing Journal*, pp. 1 - 7.

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45, pp. 204 – 211.

Valenzuela, J. (2019). Theory of Nursing Intuition and Its Philosophical Underpinnings. *International Journal of Nursing Science*, 19-23. doi:10.5923/j.nursing.20190901.03

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*.

World Health Organization . (2020). Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance.