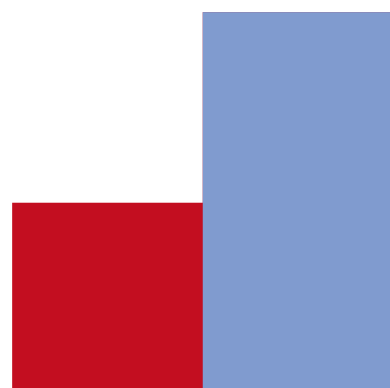
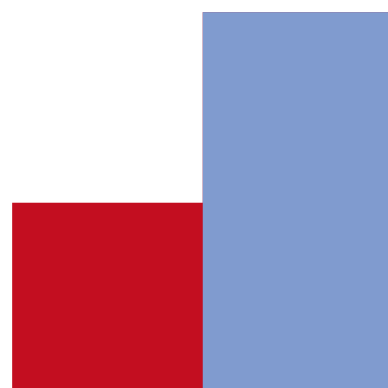




Orientador(es)



“O futuro pertence aqueles que acreditam na beleza de seus sonhos.”

Eleanor Roosevelt

Agradecimentos

O presente relatório constitui o culminar de um importante percurso académico e profissional. A sua concretização não teria sido possível sem o apoio e incentivo de todos aqueles que, direta ou indiretamente, se revelaram fundamentais para a superação de adversidades e desafios inerentes a este percurso.

Desta forma, apraz-me expressar a minha profunda gratidão:

Ao meu **Supervisor Pedagógico**, Enfermeiro Professor Doutor Paulo Santos, pela sua disponibilidade, confiança, paciência, sabedoria e orientação contínua no decurso do mestrado;

Aos meus **Supervisores Clínicos**, pelo acolhimento e acompanhamento generoso e cuidadoso e partilha de experiências e reflexões durante a prática clínica;

Aos meus **enfermeiros gestores**, pelo apoio prestado na conciliação da vida profissional e académica e na promoção de aprendizagem contínua e desenvolvimento profissional;

Aos meus **colegas de mestrado**, pela partilha de conhecimentos, companheirismo, espírito de entreajuda e amizade demonstrada nesta jornada exigente;

Aos meus **amigos e família**, pela compreensão, palavras de alento e respeito pelas minhas ausências;

À minha **irmã**, minha melhor amiga, pela presença, cumplicidade e apoio incondicional nos momentos mais desafiantes;

Aos meus **pais**, meus alicerces e inspiração, exemplos de perseverança e dedicação, pelo apoio incondicional, amor, carinho e motivação e por cuidarem de mim, enquanto eu cuidava dos outros.

Resumo

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa.

Este documento visa evidenciar o percurso de aquisição e consolidação de competências especializadas conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista e ao grau académico de Mestre, de acordo com o enquadramento legal. A sua prossecução evidencia-se na análise crítico-reflexiva do percurso formativo desenvolvido em três ensinamentos clínicos, contemplando o circuito da pessoa em situação crítica em contextos de urgência e emergência.

Neste âmbito, salienta-se a importância do desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais para a prestação de cuidados especializados, demonstrando pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada em evidência científica para a qualidade, segurança e ética no exercício profissional.

Neste percurso, centrado no cuidado à pessoa em situação crítica, emerge a temática da Simulação Clínica em Paragem Cardiorrespiratória, constituindo um recurso estratégico de crescente relevância na área da saúde e na formação especializada. Esta metodologia permite a integração entre a teoria, prática e reflexão crítica, sendo apoiada por evidências científicas crescentes quanto à sua eficácia e reconhecida como padrão de excelência no desenvolvimento de competências em enfermagem. A integração nas instituições de saúde, enquanto metodologia formativa complementar à prática, potencia a qualidade e segurança dos cuidados, alinhando-se aos pressupostos do Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Simulação Clínica; Paragem Cardiorrespiratória; Competências profissionais

Abstract

This report was developed within the scope of the Curricular Unit Internship with Report, part of the 2nd master's Course in Medical-Surgical Nursing, specializing in Nursing Care for the Critically Ill Person, at the Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisbon.

The document aims to demonstrate the process of acquisition and consolidation of specialized competencies required for the Specialist Nurse title and the academic degree of Master, in accordance with the current legal framework. This process is presented through a critical-reflective analysis of the training pathway undertaken in three clinical placements, covering the continuum of care for critically ill patients in emergency and critical care contexts.

Within this framework, the development of scientific, technical, ethical, and relational competencies is highlighted as essential for the provision of specialized care, demonstrating critical thinking and evidence-based decision-making to ensure quality, safety, and ethical professional practice.

In this training pathway, focusing on the care of critically ill patients, the theme of Clinical Simulation in Cardiorespiratory Arrest emerges as a strategic resource of growing relevance in healthcare and specialized nursing education. This methodology allows the integration of theory, practice, and critical reflection, being supported by increasing scientific evidence regarding its effectiveness and recognized as a standard of excellence in the development of nursing competencies. The integration of this approach in healthcare institutions, as a training methodology complementary to clinical practice, enhances the quality and safety of care, aligning with principles underlying Master's-level training in Medical-Surgical Nursing, specializing in care of critically ill patients.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critically Ill Person; Clinical Simulation; Cardiorespiratory Arrest; Professional Competencies

Lista de Abreviaturas e Siglas

AHA - *American Heart Association*

AP – Antecedentes pessoais

BO – Bloco operatório

CMEMC - Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CT – Competências técnicas

CNT – Competências não técnicas

CFT – Coordenador funcional de turno

CVP – Cateter venoso periférico

CODU - Centros de orientação de doentes urgentes

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CVC – Cateter venoso central

CV – Cateter vesical

ESSCVP - Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

EE - Enfermeiro Especialista

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EC - Ensinos clínico (s)

EUA – Estados Unidos da América

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EPI – Equipamento de proteção individual

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS - *International Trauma Life Support*

IACS - Infecções associadas aos cuidados de saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PSC - Pessoa em situação crítica

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

PH - Pré-hospitalar

PSP – Polícia de Segurança Pública

PBE – Prática baseada em evidência

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

RCP - Reanimação cardiopulmonar

RAM - Resistência a antimicrobianos

SP – Supervisor Pedagógico

SUG - Serviço de Urgência Geral

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SMUC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SO - Serviço de Observação

SC – Supervisor Clínico

TAS – Técnico(s) auxiliar (es) de saúde

TEPH – Técnico (s) de Emergência PH

UC - Unidade Curricular

ULS - Unidade Local de Saúde

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMNI – Ventilação mecânica não invasiva

VMI - Ventilação mecânica invasiva

VV- Via Verde

Índice

I. Introdução.....	14
II. Enquadramento e Contextualização Teórica	17
II.1. Enquadramento Teórico	17
II.2. Enquadramento concetual	22
III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre	24
III.1. Contextualização dos Ensinos Clínicos	24
III.1.1. Serviço de Urgência Geral	24
III.1.2. Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)	26
III.1.3. Serviço de Medicina Intensiva	28
III.2. Diagnóstico de Situação.....	30
III.2.1. Serviço de Urgência Geral	30
III.2.2. Viatura Médica de Emergência e Reanimação	34
III.2.3. Serviço de Medicina Intensiva	37
III.3. Análise Reflexiva da Aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem	39
III.3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem	39
III.3.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal (A)	40
III.3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)	45
III.3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados (C).....	53
III.3.1.4. Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais (D)....	57
III.3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem	61
III.3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.....	62

III.3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	65
III.3.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	69
IV. Considerações Finais.....	74
V. Referências Bibliográficas.....	76

Apêndices

Apêndice A – Questionário aplicado no Serviço de Urgência Geral “Contributos da Simulação Clínica em Paragem Cardiorrespiratória: Desenvolvimento de Competências em Enfermagem para a Segurança do Doente”

Apêndice B – Apresentação dos resultados dos questionários do Serviço de Urgência Geral

Apêndice C – Plano de Projeto do Serviço de Urgência Geral

Apêndice D – Cronograma de Atividades do Serviço de Urgência Geral

Apêndice E – Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde para o projeto na Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Apêndice F – Questionário aplicado na Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Apêndice G – Apresentação dos resultados dos questionários da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Apêndice H – Plano de projeto da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Apêndice I – Cronograma de Atividades da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Apêndice J – Plano de Projeto do Serviço de Medicina Intensiva

Apêndice K – Cronograma de Atividades do Serviço de Medicina Intensiva

Apêndice L – Apresentação da Sessão de Formação no Serviço de Urgência Geral sobre “Contributos da Simulação Clínica em Paragem Cardiorrespiratória: Desenvolvimento de Competências em Enfermagem para a Segurança do Doente”

Apêndice M – Relação entre a *NLN Jeffries Simulation Theory* e Simulação no Serviço de Urgência Geral

Apêndice N – Plano de sessão da formação no Serviço de Urgência Geral

Apêndice O – Instrumento de avaliação de competências em treino de simulação clínica em PCR realizado no Serviço de Urgência Geral

Apêndice P – Questionário de Avaliação de Sessão Formativa Teórico-Prática no Serviço de Urgência Geral

Apêndice Q – Resultados de Questionário de Avaliação de Sessão Formativa Teórico-Prática no Serviço de Urgência Geral

Apêndice R – Guia orientador para aplicação de treinos de simulação “*in situ*” no Serviço de Urgência Geral

Apêndice S – Póster “Dispositivos de Imobilização e Transferência no Trauma”

Apêndice T – Póster “Simulação Clínica em PCR”

Apêndice U – Sessão assíncrona intitulada de “Prevenção e Gestão do *Delirium* no Serviço de Medicina Intensiva”

Apêndice V – Póster “Prevenção e Gestão do *Delirium* no Serviço de Medicina Intensiva”

Apêndice W – Ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs* realizado no Serviço de Urgência Geral

Apêndice X – Ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs* realizado na Viatura médica de Emergência e Reanimação

Apêndice Y – Resumo da *Scoping Review* intitulada “Contributos da Simulação para as equipas de enfermagem no contexto de doente crítico”

Apêndice Z – Resumo da revisão integrativa da literatura intitulada “Boas Práticas na Prevenção de Infecção Associada ao Cateter Venoso Periférico”

Anexos

Anexo A - Certificado de realização de Curso *International Trauma Life Support*

Anexo B – Certificado de Participação no 4º Congresso Internacional "O Cuidado Centrado No Cliente e Nos Padrões De Qualidade" da ESEL

Anexo C – Certificado de Participação no 2.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da EESCVP de Lisboa.

Anexo D – Certificado de Participação na Sessão de Formação sobre “Avaliação da Deglutição”

Anexo E – Certificado de Participação na Sessão de Formação sobre “Prevenção da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central”

Anexo F – Certificado de Participação na Unidade Curricular “Introdução à Simulação em Saúde” na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Anexo G – Certificado de Participação no Curso “Simulação em Saúde “da EESCVP de Lisboa

Anexo H – Certificado de Apresentação de Comunicação Livre no 4º Congresso Internacional "O Cuidado Centrado No Cliente e Nos Padrões De Qualidade" da ESEL

Anexo I – Certificado de Apresentação de Comunicação Livre no 2º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, promovido pela EESCVP de Lisboa

Anexo J – Certificado de Apresentação de Póster Científico no 4.º *Webinar* Nacional e 2.º *Webinar* Internacional da ESEL

Anexo K – Certificado de Apresentação de Póster Científico no V Congresso Internacional *Critical Care* da CESPU

Anexo L – Certificado de realização de Curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular da *American Heart Association*

I. Introdução

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, integrada no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) de Lisboa, sob orientação do Supervisor Pedagógico (SP), Professor Doutor Paulo Santos.

Este documento é por excelência um instrumento que visa demonstrar o percurso de aquisição e consolidação de competências que apoiam a prática especializada de enfermagem para atribuição do título de Enfermeiro Especialista (EE), pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e evidenciar a análise crítico-reflexiva do processo de aquisição de competências conducentes ao grau académico de Mestre, de acordo com o Decreto-Lei 65/2018,¹ culminando na apresentação e discussão pública do presente relatório. Em conformidade com a legislação, são consideradas as Competências Comuns Específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à PSC, de acordo com os Regulamentos n.º 140/2019² e n.º 429/2018³ respetivamente.

A prossecução dos objetivos supramencionados será evidenciada na descrição, análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas em três ensinos clínicos (EC), procurando contemplar neste trajeto o circuito da PSC, em situação de urgência e emergência, do pré ao intra-hospitalar. Estes EC decorreram em diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde: Serviço de Urgência Geral (SUG), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Atendendo à aquisição de competências especializadas, este relatório integra os contributos de todas as fases do processo de aprendizagem do percurso académico, incluindo experiências diversificadas e desafiantes dos EC. Estas experiências constituem motores preponderantes na compreensão e interiorização de cuidados especializados, demonstrando pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada em evidência científica para a qualidade, segurança e ética no exercício profissional.

Mediante o exposto, o meu percurso formativo teve como objetivo geral transversal a todos os EC: Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais especializadas no cuidado à PSC e/ou falência orgânica e à sua família, em

contextos de urgência e emergência. Considerando as especificidades e necessidades de cada contexto de EC, os objetivos específicos serão apresentados no decurso do relatório.

O percurso formativo do desenvolvimento do perfil de competências do EE e de mestre, sugere a definição de uma área de interesse pessoal ou profissional, centrada no cuidado à PSC, emergindo a temática "Contributos da Simulação Clínica em Paragem Cardiorrespiratória (PCR): Desenvolvimento de Competências em Enfermagem para a Segurança do Doente". Articulando a teoria e prática fundamentada em evidência científica e, almejando a melhoria contínua e segurança dos cuidados, este tema integra os conceitos: simulação clínica, PCR, competências técnicas (CT), competências não técnicas (CNT) e segurança.

Esta temática revela-se particularmente relevante para a área de especialização em enfermagem à PSC, cujo exercício profissional requer “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...) tendo em vista a sua recuperação total.”^(3 p. 19362) O interesse por esta área de estudo emerge da minha experiência clínica como enfermeira perita no SUG, justificada pela relevância clínica e epidemiológica da PCR e da necessidade de enfermeiros devidamente capacitados para a sua gestão.

Seguindo este pensamento, esta temática ganha expressão no contexto da PSC, ao considerar a PCR súbita uma situação crítica de carácter emergente tempo-dependente, representando uma das principais causas de mortalidade a nível global.^{4,5} Na Europa, estima-se uma incidência anual de PCR em contexto hospitalar situada entre 1,5 e 2,8 por 1.000 internamentos hospitalares, sendo a taxa de sobrevivência aos 30 dias/alta hospitalar entre 15% a 34%. Em contexto extra-hospitalar, a sua incidência anual traduz-se em 55 casos por 100.000 habitantes, com sobrevivência média de 7,5 %.⁶

Estes dados epidemiológicos demonstram a exposição contínua dos profissionais de saúde a cenários de PCR, sublinhando a importância de enfermeiros capacitados com conhecimentos e habilidades atualizados, em conformidade com as diretrizes instituídas de reanimação cardiopulmonar (RCP).⁷ Efetivamente, as CT e CNT das equipas de saúde, de onde fazem parte os enfermeiros, são pilares decisivos para o êxito da RCP, fazendo da formação contínua e o treino prévio uma necessidade prática inegável.⁴

Nesta linha de pensamento, a simulação clínica emerge como uma abordagem inovadora e de crescente relevância na área da saúde, sendo amplamente reconhecida a

nível internacional como um padrão de excelência para a formação e desenvolvimento de competências,⁸ nas suas dimensões psicomotora, cognitiva e relacional, essenciais ao exercício profissional de enfermagem em contexto de urgência e emergência.⁹

Atendendo às crescentes exigências do ambiente clínico e necessidade de uma cultura de segurança nos cuidados de saúde, urge a necessidade de investimento em estratégias de formação contínua. É essencial valorizar os contributos da simulação clínica e promover a sua adoção e integração na prática diária dos enfermeiros, alinhando-a a padrões de boas práticas. Torna-se fundamental, compreender e fundamentar de que forma o cuidado especializado em enfermagem, através da implementação de programas regulares de simulação, como complemento à formação já existente na área, potenciará a capacitação dos enfermeiros para responder e contribuir para a melhoria dos cuidados em PCR. Tal prática, constitui um catalisador de qualidade e segurança que visa assegurar a sobrevivência da PSC e projetar a sua qualidade de vida, alinhando-se aos pressupostos e a filosofia do EE-EMC-PSC.³

Este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos: Introdução; Enquadramento Teórico, que contextualiza e fundamenta cientificamente a temática supramencionada e demonstra modelos teóricos de enfermagem que norteiam o percurso formativo; Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre, que contextualiza os diferentes contextos de EC, respetivos diagnósticos de situação e descreve as experiências e atividades desenvolvidas, articulando-as com os objetivos definidos; Considerações Finais, onde se reflete sobre as aprendizagens e limitações do percurso formativo; e por último, as Referências Bibliográficas, segundo Vancouver.

II. Enquadramento e Contextualização Teórica

II.1. Enquadramento Teórico

A PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, ^(3 p.19362) sendo a PCR a extensão máxima dessa condição. Entende-se por PCR a cessação súbita das funções cardíaca e respiratória, resultando na interrupção da perfusão tecidular, particularmente ao cérebro, e risco iminente de morte.¹⁰ A *American Heart Association* (AHA) corrobora esta definição, ao descrever a PCR como a perda abrupta da função cardíaca, que ocorre subitamente ou na sequência de outros sintomas,¹¹ sendo fatal se as medidas adequadas não forem instituídas de imediato.^{11,12}

Embora sejam notáveis os progressos científicos e tecnológicos na área da saúde, a PCR constitui atualmente um problema de saúde pública, reconhecida como uma emergência crítica,¹⁰ associada a elevada taxa de morbimortalidade a nível mundial.⁵ A literatura evidencia a PCR súbita como uma das principais causas de morte na Europa e Estados Unidos da América (EUA),¹³ sendo a taxa de mortalidade substancialmente mais elevada em ambiente extra-hospitalar, comparativamente ao intra-hospitalar.^{6,14} Dados epidemiológicos de 2024, presentes no *Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival*, demonstram uma incidência anual de PCR extra-hospitalar nos EUA equivalente a 263,711 casos, sendo a taxa de sobrevida até alta hospitalar de 10,5% e o desfecho neurológico favorável de 8,2% nos sobreviventes. Destaca-se, ainda, uma incidência anual de PCR hospitalar em adultos em cerca de 292.000 casos, com sobrevivência até alta hospitalar de 23,6% e desfecho neurológico favorável de 79,2%.¹⁴

A PCR extra-hospitalar é responsável por um número considerável de ativações dos meios de emergência médica na Europa,¹⁰ com elevado impacto socioeconómico devido a custos elevados associados à morbimortalidade e recursos necessários para a implementação e manutenção de sistemas de resposta.¹³ Em Portugal, de acordo com o Registo Nacional da PCR Pré-hospitalar do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), registaram-se, em 2024, 19.612 PCR extra-hospitalares, das quais 14.627 resultaram em tentativa ou continuidade de manobras de reanimação.¹⁵

Esta situação constitui, portanto, um evento de alta gravidade com taxas de sobrevivência substancialmente abaixo do ideal, exigindo dos enfermeiros proficiência, mesmo na ausência de casos frequentes na sua prática clínica.¹⁶ Em ambientes de urgência e emergência, os enfermeiros estão frequentemente expostos a situações clínicas de elevada complexidade, nas quais a rapidez e a precisão nas intervenções são essenciais.¹⁷ O enfermeiro, inserido numa equipa multidisciplinar, desempenha uma intervenção central no reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica, assim como na intervenção imediata e execução eficaz de manobras de RCP.¹⁸ Neste sentido, para que uma RCP seja bem-sucedida são exigidas ações coordenadas, precisas e eficientes,¹⁹ desempenhando uma intervenção crucial no aumento da sobrevivência e prognóstico dos doentes.²⁰ Uma RCP de alta qualidade aumenta em 2.72 vezes a probabilidade de sobrevivência da pessoa sem sequelas neurológicas.²¹

Equipas de enfermagem bem-sucedidas detêm um conhecimento teórico sólido e atualizado, pautado pela incorporação efetiva e adesão a protocolos e diretrizes internacionais de Suporte Avançado de Vida (SAV) atualizados, certificados e validados,²² como os disponíveis pela AHA e pelo ERC. Além de conhecimento atualizado, a complexidade inerente à PCR exige um domínio de competências constantemente atualizadas para assegurar qualidade e segurança nos cuidados.⁷ Por competência, entende-se a capacidade para desempenhar uma função ou habilidade específica conforme critérios estabelecidos.²³ Em RCP, as CT envolvem habilidades práticas, incluindo compressões torácicas, ventilação e gestão da via aérea, desfibrilhação, inserção de cateter venoso periférico (CVP) e administração de medicamentos.¹⁶ As CNT abrangem o conjunto de competências cognitivas, sociais e interpessoais que complementam as CT e favorecem o desempenho da equipa para uma resposta adequada e atempada, estando agora incluídas nas diretrizes de RCP a nível mundial.^{17,24,25} Incluem consciência situacional, tomada de decisão, trabalho em equipa, liderança e gestão do stress e da fadiga.²⁴

O enfermeiro é frequentemente o primeiro a reconhecer e responder à PCR intra-hospitalar, uma intervenção altamente stressante e inerentemente exigente ética, física e emocionalmente.²⁶ A intervenção do enfermeiro sublinha a necessidade de programas de formação contínua e de treino regular que assegurem uma resposta imediata, eficaz e segura.²⁷ Em contexto da PSC, constitui uma preocupação com o transcurso do tempo, decisiva no desenvolvimento e manutenção de competências indispensáveis à prática.⁹

A aprendizagem das equipas de enfermagem com recurso à simulação é uma estratégia formativa amplamente aceite para o treino de RCP.²⁸ Aplicada às ciências da saúde, a simulação emerge como uma estratégia pedagógica preponderante na educação de profissionais em diferentes níveis de aprendizagem.²⁹ Constitui um elemento essencial na formação e treino em saúde, apoiada por evidências científicas crescentes quanto à sua eficácia,³⁰ maximizando o desenvolvimento cognitivo e psicomotor.²⁹

Segundo David M. Gaba, reconhecido como um dos pioneiros da simulação clínica moderna, a simulação define-se como uma técnica e não numa tecnologia, que visa substituir ou amplificar experiências reais através de experiências guiadas, de carácter imersivo, evocando aspetos substanciais do mundo real de forma interativa.³¹ A simulação em saúde consiste numa técnica que utiliza uma situação ou ambiente criado, permitindo que as pessoas experienciem uma representação de um evento real de saúde, com o intuito de praticar, aprender, avaliar ou obter compreensão de ações humanas.³²

A simulação assume-se como uma estratégia formativa fundamental, proporcionando um ambiente controlado, onde os enfermeiros podem desenvolver e aperfeiçoar competências essenciais para a prestação de cuidados seguros aos doentes.^{8,23} É considerada uma metodologia ativa que permite a recriação de cenários realistas de forma estruturada, em um ambiente seguro, sem expor os participantes a riscos.^{8,23} A adoção deste instrumento permite a oportunidade de repetição, caracterizando-se por fundamentos principais: realismo e fidelidade, segurança psicológica, definição de objetivos claros, feedback e *debriefing* estruturado, prática deliberada e aprendizagem centrada no participante e na facilitação baseada em evidência.^{29,33}

Evidentemente, muito se evoluiu ao longo dos anos, podendo classificar as diversas modalidades de simulação em: simulação clínica, virtual, híbrida e multimodal. As modalidades podem ser classificadas de acordo com o ambiente (*off-site*, *in situ* ou intra-hospitalar); o instrumento utilizado (manequim de baixa, média e alta-fidelidade, role play, doente simulado/padronizado); grau de fidelidade do cenário (cenário de baixa, média e alta-fidelidade); e categoria profissional envolvida (multiprofissional, interprofissional e uniprofissional). A simulação virtual inclui, ainda, três classificações: por computador; por meio de jogos sérios ou *serious game* e telessimulação.³⁴

Para uma aprendizagem significativa, é essencial seguir etapas e critérios de boas práticas em simulação, como as definidas pela *International Nursing Association for*

Clinical Simulation and Learning, organização global que visa a segurança através da excelência na simulação de cuidados de saúde.^{23,33} Observa-se uma abordagem consensual de que a sua implementação é um processo complexo que requer um planeamento minucioso^{35,36} estruturado em três fases: *pre-briefing*, cenário e *debriefing*.³⁵

O *pré-briefing* deve ser cuidadosamente planeado e aplicado para garantir a segurança e o sucesso da simulação, integrando atividades intencionais de preparação e de *briefing*. A preparação inclui o desenvolvimento e fornecimento de materiais de acordo com a avaliação das necessidades formativas, alinhados a metas de aprendizagem e objetivos claros e bem definidos.^{23,37} Os objetivos devem seguir critérios SMART (específico, mensurável, atingível, realístico e temporalmente definido) para alcançar resultados esperados, podendo compreender os domínios cognitivo, psicomotor e afetivo da aprendizagem.³⁸ Já o *briefing* deve ser realizado imediatamente antes da simulação, transmitindo informações acerca de transparência dos objetivos e expectativas do desempenho, regras básicas, logística e metodologia de simulação.³⁷ Promover uma mentalidade de cultura de segurança compartilhada é essencial para assegurar uma segurança psicológica e física, favorecendo a participação e aprendizagem.^{37,39}

Na etapa do cenário, os participantes executam o cenário. Imediatamente após a simulação, é indispensável um momento de reflexão sobre a experiência vivenciada, promovendo a compreensão, perceção e ligação entre a teoria e prática.⁴⁰ Toda a experiência simulada deve incluir um *debriefing* planeado, estruturado e fundamentado em referenciais teóricos de aprendizagem experiencial e reflexiva, adaptado a todas as modalidades de simulação.^{41,42} Este processo é considerado a etapa mais importante para a aprendizagem, transformando a experiência simulada em crescimento pessoal.⁴³ Ao incentivar o pensamento reflexivo consciente, os participantes têm a oportunidade de recapitular a experiência e refletir sobre as suas intervenções, conhecimentos, habilidades, atitudes e áreas de melhoria, assim como de receber *feedback* construtivo, permitindo o desenvolvimento de *insights*, melhoria do desempenho futuro e a transferência e integração da aprendizagem para a prática.^{23,41} Envolve uma conversa bidirecional entre o facilitador e os participantes e, se bem conduzido, pode levar a mudança de comportamento.^{41,43} Este processo deve ser mediado por facilitadores competentes, num ambiente de aprendizagem construtivo e psicologicamente seguro, seguindo uma estrutura e tempo adequados com perguntas abertas e reflexivas, alinhadas aos objetivos de aprendizagem.⁴¹ Partindo da compreensão de que os cenários carecem

de adaptações, ainda que previamente testados, após o *debriefing* a avaliação constitui uma etapa essencial, devendo realizar-se continuamente.⁴⁴

Estudos recentes sugerem que a simulação, ao permitir treino repetido e a reflexão sobre a ação, potencia de forma consistente o desenvolvimento de CT e CNT, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados e na promoção de uma cultura de segurança.^{9,29} Ao permitir cenários realistas que replicam os desafios da RCP no mundo real, a prática simulada tem demonstrado contributos significativos na aquisição e consolidação de CT, traduzindo-se objetivamente na melhoria do reconhecimento de ritmos, administração segura de medicação, rapidez na administração do choque, qualidade da ventilação e das compressões torácicas, nomeadamente: correto posicionamento das mãos, recuo completo do tórax e profundidade, frequência e manutenção da fração de compressões.^{16,45,46,47}

Embora os estudos das últimas décadas se concentrem na análise das CT, existe atualmente um reconhecimento crescente de que desfechos clínicos desfavoráveis em situações de emergência podem estar associados a limitações nas CNT.¹⁷ Muitos autores evidenciam o papel preponderante da simulação na eficácia de CNT em situações de PCR, demonstrando melhoria na comunicação.^{45,48,49,50} Sabe-se que lacunas na comunicação representam uma das principais causas de eventos adversos que comprometem a segurança.⁵¹ Para tal, em RCP incentiva-se a utilização de uma comunicação em circuito fechado com identificação clara do interlocutor/recetor da mensagem (interlocutor transmite a mensagem, o recetor repete-a e o interlocutor valida a precisão), bem como uma comunicação padronizada de frases únicas, previamente estabelecidas no *briefing* da equipa, minimizando o tempo antes do início das compressões e da desfibrilhação.⁵¹

Paralelamente, a simulação constitui-se altamente eficaz no desenvolvimento da liderança, consciência situacional, coesão e trabalho em equipa, identidade de papéis e priorização de tarefas, essenciais para a adesão a algoritmos de RCP.^{45,48,49,50,52,53,54} A simulação em cenários de PCR tem, igualmente, demonstrado ganhos importantes na tomada de decisão, pensamento crítico e julgamento clínico.^{50,53,54} Vários estudos sugerem que o treino de competências em simulação influencia positivamente a autoconfiança, autoeficácia, performance e satisfação dos enfermeiros, assim como a diminuição do stress em cenários reais de PCR.^{9,20,54,55,56} Acresce ainda que, programas de formação em RCP, baseados em simulação, facilitam a aquisição e consolidação de competências cognitivas, promovendo uma melhoria no conhecimento teórico.^{20,44}

Esta metodologia de treino favorece a transferência das competências apreendidas para o contexto real da prática, aumentando a segurança e a qualidade dos cuidados.^{49,54} A simulação clínica enquadra-se no Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030, alinhando-se com o objetivo estratégico 5: “Inspirar, educar, capacitar e proteger os profissionais de saúde para que contribuam para a conceção de sistemas fiáveis e prestação de cuidados seguros” (57 p.13), preconizando “introduzir e implementar formações especializadas em segurança dos doentes para todos os profissionais, com ênfase em estratégias baseadas em equipas e tarefas que incluam formação à cabeceira e simulação, com avaliação e certificação”. (57 p.50) No âmbito nacional, o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 enfatiza a importância de políticas, estratégias e intervenções preventivas e educacionais que promovam a segurança e reduzam eventos adversos.⁵⁸ A formação através da simulação clínica enquadra-se nas metas do PNSD ao possibilitar o treino em situações de alta complexidade, garantindo maior precisão nas intervenções e minimizando os erros.⁵⁸

Para que todos os profissionais de saúde tenham oportunidades de participação, a diversidade, equidade, inclusão e acessibilidade são imperativos éticos essenciais da simulação em saúde e valores fundamentais para uma prática segura.³⁹ Todavia, entre os principais desafios na integração da simulação na formação dentro das instituições destacam-se: a necessidade de um plano estratégico e uma estrutura organizacional sólida, envolvendo infraestruturas, recursos humanos qualificados, recursos financeiros e políticas institucionais, que assegurem sustentabilidade, eficácia e consistência das experiências simuladas.⁵⁹ Uma simulação de qualidade exige uma facilitação competente.⁶⁰ A literatura reconhece a importância do desenvolvimento profissional contínuo dos facilitadores, garantindo que permaneçam atualizados, proporcionem experiências de simulação eficientes e atendam a necessidades dos participantes.³³

II.2. Enquadramento concetual

O enquadramento concetual do presente relatório integra dois referenciais teóricos distintos. Para sustentar a implementação da simulação clínica em PCR nos serviços de saúde, adotou-se a *NLN Jeffries Simulation Theory*, desenvolvida por *Pamela R. Jeffries*,⁶¹ enquanto modelo estruturante da prática simulada. Esta teoria orienta o planeamento, execução e avaliação da simulação clínica através de elementos

interdependentes, incluindo: contexto, *background*, *design* da simulação, experiência simulada, facilitadores e estratégias educativas, participantes e resultados esperados.^{61,62} Na perspectiva do EE-EMC-PSC, enquanto dinamizador facilitador e líder da prática simulada, a integração deste referencial na prática permite assegurar estrutura metodológica, intencionalidade formativa e foco nos resultados de aprendizagem.⁶¹ Neste enquadramento, ao operacionalizar os componentes da teoria, o EE alinha os cenários de simulação às necessidades do serviço, define objetivos centrados em CT e CNT em RCP, promove reflexão crítica através de *debriefing* estruturado e avalia ganhos na segurança, desempenho da equipa e da melhoria contínua dos cuidados.

Paralelamente, a enfermagem assenta em modelos teóricos que estabelecem a base científica do conhecimento. Suportar as intervenções da prática num referencial teórico revela-se indispensável para elevar os padrões de cuidados, fomentando criatividade, pensamento crítico e uma tomada de decisão fundamentada.⁶³ Nesta linha de pensamento e, para fundamentar a intervenção especializada à PSC, destacam-se os contributos da Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, centrada na compreensão de processos de transição que o ser humano vivencia ao longo do ciclo de vida.^{64,65} A transição é um conceito múltiplo que constitui uma passagem de uma fase, condição ou estado da vida para outro, exigindo à pessoa a incorporação de novos conhecimentos, alteração de comportamento, redefinição de significados dos eventos e a alteração de si mesma no seu contexto social.⁶⁴ As transições são classificadas: desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença e organizacionais, podendo coexistir múltiplas transições em simultâneo.^{64,65,65}

Ora, o contexto de urgência e emergência integra processos complexos, caracterizados por elevada instabilidade clínica, vulnerabilidade e necessidade de adaptação e reorganização da PSC e sua família. No contexto da PSC, a transição está intimamente ligada à filosofia do cuidado.⁶⁶ Neste modelo, o EE-EMC-PSC assume uma intervenção preponderante na identificação de inibidores e facilitadores de transição e na implementação de intervenções terapêuticas intencionais, que visam cuidar e apoiar as pessoas a alcançarem processos de transição saudáveis. Entre elas, destacam-se: avaliação da prontidão; avaliação de risco; preparação para a transição; suplementação de papéis; criação de um ambiente saudável; e monitorização contínua.^{64,65} O recurso à Teoria das transições como uma estrutura concetual na prática clínica auxilia o EE-EMC-PSC na compreensão das experiências das pessoas, permitindo-lhes prestar cuidados especializados e individualizados adaptados às suas necessidades.⁶⁶

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

III.1. Contextualização dos Ensinos Clínicos

A importância dos EC é amplamente reconhecida na literatura como requisito essencial da formação académica para a prática avançada em enfermagem,⁶⁷ visto que a aprendizagem experiencial produz conhecimento e reflexão significativa através da experiência da vida real.⁶⁸ Neste capítulo, são apresentados três contextos de EC distintos, enfatizando as suas características e a relevância para a formação académica. Estes locais de EC oferecem oportunidades para promover crescimento pessoal e profissional, validar a motivação pela área específica de especialidade e adquirir competências avançadas.⁶⁷

III.1.1. Serviço de Urgência Geral

O meu primeiro EC realizou-se num SUG de 20 de novembro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025. Este serviço situa-se na Área Metropolitana de Lisboa, numa Unidade Local de Saúde (ULS), integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS). De acordo com o Despacho nº10319/2014, de 11 de agosto, publicado no Diário da República, encontra-se qualificado como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), correspondendo ao 2º nível de resposta das situações de urgência.⁶⁹ Caracteriza-se como uma unidade de apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básico, referenciando para os Serviços de Urgência Polivalente as situações que necessitem de especialização ou diferenciação, não existentes no SUMC.⁶⁹ A sua missão traduz-se na prestação de cuidados urgentes e emergentes no âmbito de urgência médico-cirúrgica.

Este serviço destaca-se pela sua atividade ininterrupta, funcionando 24h ao longo do ano. Com uma população sociocultural equivalente a mais de 600.000 habitantes, fica situado estrategicamente para assegurar acessibilidade a todos. O seu contexto epidemiológico é marcado por uma saúde deficitária, com alta prevalência de doenças crónicas e infecciosas, potenciando elevada procura de cuidados de saúde e, naturalmente, a superlotação deste SMUC. Em virtude do atual cenário, observa-se acentuada atividade assistencial, equivalente a cerca de 300 a 400 episódios de urgência diários.

Estes números realçam a necessidade de definição de estratégias de organização do fluxo de atendimentos para um adequado funcionamento do serviço. Urge a necessidade de categorizar as admissões hospitalares mediante a gravidade situacional para assegurar um atendimento em situações urgentes e emergentes que salvaguardem a política de qualidade e melhoria contínua dos cuidados de saúde.⁷⁰ Estes cuidados são organizados através de um Sistema de Triage de Manchester que, segundo o Grupo Português de Triage, não estabelece um diagnóstico de saúde, mas define o grau de risco, priorizando as situações mais críticas através da identificação de problemas.⁷¹

Em conformidade com o referido, este serviço dispõe de dois postos de triagem, assegurados por dois enfermeiros com formação específica neste sistema de triagem de prioridades. No caso particular da urgência de adultos, a OE recomenda que este posto seja assegurado, preferencialmente, por um EE-EMC-PSC,⁷² recomendação nem sempre observada decorrente do número insuficiente destes EE no serviço.

Considerando a estrutura organizacional do SMUC e o circuito de doentes, a sua atividade é distribuída em duas áreas: 1) área de observação de ambulatório de medicina, cirurgia, ortopedia e especialidades cirúrgicas e 2) área de Unidade de Internamento de Curta Duração e Serviço de Observação (SO). Ademais, dispõe de uma sala de emergência, designada para a intervenção urgente ou emergente à PSC, com condições para SAV.⁷³ Pela natureza dos cuidados prestados, são alocados dois enfermeiros a este posto de trabalho. Mais se recomenda que, os enfermeiros que asseguram este posto e os que são designados coordenadores funcionais de turno (CFT), sejam EE-EMC-PSC,⁷² o que na prática nem sempre se observa mediante o número insuficiente de EE.

Relativamente à sua natureza multiprofissional, este SMUC inclui uma equipa constituída por enfermeiros, médicos de diferentes especialidades, técnicos auxiliares de saúde (TAS), administrativos e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica. No que respeita à equipa de enfermagem, esta integra: 1 enfermeiro gestor; 5 enfermeiros de coordenação e 133 enfermeiros na prestação direta de cuidados de saúde. Oito enfermeiros encontram-se em horário fixo e restantes em horário de turnos rotativos, distribuídos em cinco equipas de 25 elementos cada uma. Cada equipa é composta por três enfermeiros CFT, responsáveis pela alocação dos enfermeiros e TAS pelos postos de trabalho. Esta equipa integra treze EE em EMC, valor inferior ao recomendado pela OE que sugere que 50% da equipa sejam EE-EMC-PSC, em permanência nas 24 horas.⁷²

Neste serviço, observa-se uma rotatividade significativa de enfermeiros, com novos enfermeiros a integrar o serviço e enfermeiros experientes a sair para abraçar novos projetos profissionais. Caracteriza-se por uma equipa de enfermagem predominantemente jovem, embora interessada, motivada e recetiva a novos desafios e aprendizagens. Integra, igualmente, enfermeiros peritos na área da PSC.

Esta equipa demonstra um método de trabalho individual na prestação cuidados de enfermagem, não menosprezando a colaboração, interajuda e relação interpessoal, sempre que necessário. Atualmente, no que concerne ao horário laboral, estão padronizados três turnos rotativos: turno da manhã (das 08h00 às 15h30), turno da tarde (das 15h00 às 22h30) e turno da noite (das 22h00 às 08h30).

III.1.2. Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

O meu segundo EC decorreu de 25 de fevereiro a 02 de maio de 2025 no contexto de emergência pré-hospitalar (PH), numa VMER do território continental, permitindo o contacto direto com o início do circuito da PSC. Em conformidade com o INEM, a VMER consiste num veículo de emergência PH responsável por assegurar uma intervenção rápida e o transporte de uma equipa médica ao local onde a pessoa se encontra.^{74,75} Trata-se de um recurso do sistema integrado de emergência médica, pertencente ao INEM, que tem como principal missão “a estabilização PH e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência”.^(74 p.1)

Para efeitos de excelência e qualidade na assistência à comunidade, constitui uma extensão do SUG, funcionando 24 horas por dia, 7 dias por semana e 365(6) dias/ano. Operacionalmente, a sua atuação está na dependência direta de Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).⁷⁴

A VMER onde realizei o meu EC, tem base hospitalar numa ULS, localizada geograficamente na área metropolitana de Lisboa. A sua estrutura física íntegra: gabinete de coordenação, WC, duas salas para conforto da equipa e um armazém, constituído por múltiplos medicamentos e material de emergência médica para reposição do veículo.

Assiste-se, numa perspetiva sinérgica, a uma estreita articulação entre o INEM e as ULS detentoras deste meio de emergência, observando-se uma partilha coesa de

deveres, responsabilidades e, evidentemente, de recursos. Posto isto, a ULS tem o dever de assegurar os recursos humanos, como também as condições logísticas básicas para funcionamento e operacionalidade da VMER. De acordo com a legislação vigente, compete ao INEM ministrar formação necessária para que os profissionais que integram estas equipas, intervenham em emergência PH com sublimada competência e qualidade.⁷⁶

A equipa da VMER é constituída, atualmente, por 40 profissionais de saúde. Por turno são escalados apenas um médico e enfermeiro, ambos com formação, qualificações e competências específicas no âmbito de emergência e abordagem à PSC.⁷⁴ São definidos três turnos rotativos nas escalas: o turno da manhã (das 08h00 às 16h00), turno da tarde (das 16h00 às 00h00) e o turno da noite (da 00h00 às 08h00).

A equipa médica integra 23 médicos, incluindo uma coordenadora clínica geral e um coordenador adjunto. Estes apresentam diversas áreas de especialidade: Anestesiologia, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Cirurgia Geral e Otorrinolaringologia. Por analogia, a equipa de enfermagem integra 17 enfermeiros, incluindo um coordenador de enfermagem. Destaca-se a experiência profissional predominantemente em contexto da PSC: dez enfermeiros do SUG, cinco do SMI, um do Bloco Operatório (BO) e um do internamento de saúde mental. Nesta equipa, existem oito EE em áreas distintas: seis de EMC, um de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e um de Enfermagem de Reabilitação. Além disso, existem à data do EC, dois enfermeiros mestrados em EMC-PSC. É notório, ainda, a existência de onze enfermeiros operacionais seniores em virtude do seu vínculo profissional à VMER superior a cinco anos, conferindo elevada experiência e consistência da equipa.

Apraz-me reconhecer que esta equipa multidisciplinar reflete uma ilustração de profissionalismo pautada por valores intrínsecos ao exercício da sua profissão, tais como responsabilidade, eficiência, humanismo, transparência e competência. Neste contexto, simboliza-se, irrevogavelmente, um método de trabalho em equipa, marcado por união, respeito, interajuda e segurança. Considerando a especificidade do PH, observa-se articulação constante da VMER com outras entidades de socorro, incluindo bombeiros, Técnicos de Emergência PH (TEPH), Polícia de Segurança Pública (PSP), Proteção civil.

De acordo com a coordenação da VMER, as ativações pelo CODU correspondem, por ordem decrescente, a situações de doença (equivalente a 80%), trauma, trabalho de parto, suicídio e afogamento. Para responder a estas necessidades, o veículo está equipado

com medicamentos, material e equipamentos de emergência e assistência à PSC, regulamentados pelo INEM, bem como recursos adicionais ajustados às necessidades da comunidade, introduzidos pela coordenação. A responsabilidade da condução do veículo é exclusiva do enfermeiro, pelo que compete ao INEM ministrar um curso de condução defensiva para capacitá-lo com ferramentas necessárias para a aquisição de competências e aptidões para uma condução, em marcha de emergência, eficiente, segura e consciente.⁷⁴

III.1.3. Serviço de Medicina Intensiva

O meu último EC decorreu num SMI na área metropolitana de Lisboa, no período de 05 de maio a 15 de julho de 2025. Entende-se por SMI uma unidade hospitalar especializada e tecnicamente diferenciada, cuja missão é a “observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais em doentes que apresentem falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado.” (77 p. 8)

Este serviço situa-se na mesma ULS do meu primeiro EC, abrangendo de igual forma uma vasta densidade demográfica. Socioculturalmente desafiadora e epidemiologicamente complexa, esta população é pautada por situações de doença cada vez mais instáveis, graves e mutáveis ao longo dos anos. Muito se discute sobre a importância de profissionais de saúde altamente especializados, atualizados e com diferenciação técnico-científica para responder ao atual panorama de saúde do país.

Este SMI é um serviço único que dispõe de infraestruturas, equipamentos e tecnologias de última geração recomendadas pelos normativos da tutela para prestar cuidados especializados e diferenciados à PSC, em valências médicas e cirúrgicas. No que respeita à estrutura física, é constituído por 3 salas com 31 camas no total, das quais 5 são de isolamento com pressão negativa. Integra camas de nível II e III, conectadas a sistema de telemetria. As zonas não clínicas integram: sala destinada ao acolhimento da família/pessoa significativa, salas de reuniões, armazéns de material para consumo clínico, sala de triagem de resíduos e uma copa para os profissionais.

Com o intuito de definir um plano terapêutico individualizado e ajustado às necessidades da PSC são realizadas visitas multidisciplinares diárias. Ora, este SMI integra uma equipa multidisciplinar em permanente articulação sinérgica entre si. É constituída, permanentemente, pela presença física de enfermeiros, TAS e médicos intensivistas, bem como administrativos em horário útil e outras valências de apoio ao serviço. De realçar, ainda, a colaboração diária no SMI da equipa de reabilitação da PSC, com Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia ocupacional, essencial para otimizar a reabilitação da PSC e minimizar sequelas funcionais pós-alta.

De modo geral, a equipa de enfermagem caracteriza-se por ser heterogénea, reconhecendo-se diferentes níveis de experiência profissional. Integra 97 enfermeiros: 1 enfermeiro gestor, 2 enfermeiras coordenadoras e restantes 94 enfermeiros na prestação direta de cuidados, distribuídos por cinco equipas, cada uma composta por três enfermeiros CFT. A dotação dos enfermeiros está intimamente relacionada com a segurança e qualidade dos cuidados de saúde. Conforme preconiza o Regulamento n.º 743/2019 da OE, que normaliza o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, recomenda-se que, na constituição das equipas do SMI, 50% sejam preferencialmente EE-EMC-PSC, devendo idêntica regra ser respeitada na constituição de cada turno.⁷² No EC foi possível aferir que tal recomendação está longe de ser cumprida, visto que este serviço dispõe apenas de 10 EE-EMC-PSC, equivalente aproximadamente a 10% da equipa, percentagem substancialmente abaixo dos 50%.

Neste SMI, defende-se a convicção de que o rácio enfermeiro/doente deve ser flexível, considerando as necessidades, bem como o perfil, missão e carteira assistencial.⁷⁸ A distribuição dos enfermeiros por turno é realizada considerando a taxa de ocupação e em rigor da razão 1:4 em UCI de nível II e 1:2 em nível III.⁷⁹ Este critério foi cumprido no decorrer do EC, denotando-se uma preocupação evidente para que os rácios definidos para dotações seguras sejam cumpridos rigorosamente conforme as diretrizes vigentes. Cada sala do SMI é gerida por um enfermeiro CFT, que no início do turno, tem em consideração o número e tipologia de doentes para estabelecer sensatamente as dotações, transparecendo organização e uniformidade.

Cada enfermeiro assume a responsabilidade direta pelos seus doentes, num modelo de trabalho individual, não desvalorizando a interajuda e a cooperação, sempre que necessário. Os horários da equipa de enfermagem estão organizados em dois turnos rotativos: turno da manhã (das 08h00 às 20h30) e turno da noite (das 20h00 às 08h30).

O SMI integra, ainda, a responsabilidade da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), composta por um médico e um enfermeiro, fisicamente presentes no hospital, e com competências avançadas na prestação de cuidados à PSC e em reanimação, que visam responder de imediato a situações de PCR, bem como de significativa deterioração fisiológica aguda.⁸⁰ São 69 enfermeiros elegíveis para esta função, sendo o enfermeiro escolhido pelo CFT aquando da distribuição das dotações.

III.2. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação em enfermagem consiste no processo de observação, análise e reconhecimento das dificuldades e necessidades de um contexto específico, com o intuito de promover a melhoria contínua dos cuidados prestados. É realizada uma análise das práticas, emergindo dados importantes que permitem a identificação de necessidades de intervenção e áreas de melhoria.⁸¹ Considerando a melhoria contínua dos cuidados prestados um princípio basilar da intervenção do EE, este capítulo descreve o diagnóstico das necessidades e das práticas identificadas em cada EC, suscetíveis de melhoria. O diagnóstico situacional sustenta a definição de um plano de atividades formativas em cada EC, apresentado no decurso do presente relatório.

III.2.1. Serviço de Urgência Geral

A qualidade do processo de integração neste serviço constituiu um elemento facilitador na recolha sistemática de dados e, por conseguinte, na análise preliminar de um diagnóstico de situação e na concretização das atividades delineadas. Almejando uma compreensão aprofundada do contexto de EC, a elaboração do diagnóstico de situação no SMUC fundamentou-se em observação direta e participativa, entrevistas e questionários.

A intenção de aprofundar o conhecimento sobre as necessidades deste serviço levou-me a refletir profundamente sobre a intervenção coletiva da equipa de enfermagem em situações de elevada complexidade e imprevisibilidade, onde o domínio de competências é uma premissa determinante para a segurança e qualidade dos cuidados. Esta reflexão permitiu aferir que na presença de uma equipa jovem, constituída por

enfermeiros recentemente integrados, a experiência profissional tende a ser limitada em áreas do cuidado à PSC. Neste EC observei que sucedem situações de PCR imprevistas e não limitadas imperativamente à sala de emergência, podendo ocorrer na presença de qualquer enfermeiro e em qualquer setor do SUMC, incluindo áreas de menor vigilância.

Ademais, a observação participativa em situações de PCR explicou, particularmente, desafios e áreas suscetíveis de melhoria na intervenção dos enfermeiros. Sublinhou a necessidade de melhoria de CT e CNT das equipas de enfermagem para uma resposta eficaz a estas situações críticas. Foi possível observar dificuldades na integração das diretrizes de RCP, incerteza na distribuição de funções e papéis, períodos de desorganização no trabalho em equipa e, ocasionalmente, compromisso na segurança da desfibrilhação. Acresce ainda, a ausência de uma liderança reconhecida e uma comunicação pouco estruturada, não seguindo o modelo de circuito fechado.

Estas fragilidades potenciam eventos adversos em ambientes complexos e imprevisíveis resultantes de interações entre os profissionais de saúde e os sistemas onde se inserem.⁸² Para uma intervenção eficaz e cuidado seguro, a literatura demonstra que deve-se melhorar estrategicamente fatores facilitadores para otimizar o desempenho da equipa, incluindo comunicação clara e estruturada, liderança participativa, clareza de funções e transições de papéis atempadas durante as compressões torácicas.⁸³

Esta realidade permitiu-me compreender que o diagnóstico de situação identificado ultrapassa uma dimensão individual, abrangendo fatores coletivos. Decorre predominantemente da ausência de oportunidades de treino estruturado das equipas de enfermagem que permitem a aquisição e consolidação de competências em RCP. Esta análise evidencia a necessidade de investimento na formação contínua em enfermagem para uma gestão eficaz de PCR, através da integração da simulação neste serviço.

Após a identificação do diagnóstico de situação, realizei uma reunião com a coordenação de enfermagem e a minha enfermeira SC, onde apresentei o meu plano de projeto para este EC. Admitindo como diagnóstico de situação a necessidade de formação em PCR para a aquisição de competências dos enfermeiros, propus-me à implementação de um programa de treino baseado em simulação *in situ*, destinado exclusivamente para enfermeiros. A constatação dos enfermeiros como os primeiros intervenientes na gestão inicial da PCR, bem como a objetivação de necessidades formativas em RCP, apoiou a decisão de direcionar inicialmente este projeto para enfermeiros, sugerindo

posteriormente a inclusão de outras categorias profissionais, igualmente fundamentais na abordagem à PCR. Este programa contemplou atividades como: sessão formativa teórica; cenários simulados de PCR e elaboração de um guia de boas práticas.

Nesta reunião, fui informada pela coordenação do SMUC que todos os anos é implementado um questionário *online* de necessidades formativas, sendo a RCP uma das mais solicitadas pelos enfermeiros. Em consonância, a introdução da simulação em serviço para a promoção de uma equipa qualificada para intervir em PCR, foi aceite e reconhecida como uma necessidade formativa oportuna e alinhada ao desígnio da qualidade do SMUC. O reconhecimento do meu projeto como oportunidade de melhoria contínua, permitiu torná-lo sustentável, bem-sucedido e potencial transversal aos três EC.

É importante reconhecer que a necessidade de formação contínua não se restringe somente a enfermeiros menos experientes. Estudos indicam que, após treinos de simulação em RCP, as competências tendem a diminuir entre 3 a 6 meses na ausência de formação de reciclagem, reforçando a realização de sessões de atualização.^{47,84} Recomenda-se a sua realização com intervalos mais curtos, essenciais para a manutenção da proficiência o que, na prática clínica, na maioria não é implementado.⁸⁴ A frequência ideal de treinos de simulação em PCR é incerta na literatura, mas a realização do treino mensal tem mostrado ser mais eficaz do que os intervalos de três, seis e doze meses.⁸⁵ Alguns especialistas sugerem que as revalidações de conhecimentos em SAV sejam realizadas trimestralmente, promovendo uma prática contínua de atualização.⁵

Para corroborar esta necessidade formativa, realizei entrevistas não estruturadas. A necessidade de formação nesta área foi consensual, especialmente para os enfermeiros não integrados na sala de emergência. Também os enfermeiros peritos nesta área reforçam a importância de uma equipa coesa para intervir com qualidade e segurança nestas situações. De salientar que, todos se mostraram motivados pela escolha da simulação *in situ* por ser uma metodologia formativa pouco utilizada no serviço. Deste modo, a aceitação da simulação como uma metodologia formativa foi, inquestionavelmente, um pilar crucial para a participação da equipa de enfermagem no meu projeto académico.

Por último, outro instrumento utilizado para dar robustez a este diagnóstico de situação traduziu-se na aplicação de um questionário online para a equipa de enfermagem (**Apêndice A**), de cariz confidencial, utilizado exclusivamente para fins académicos. Apresenta como objetivos avaliar a perceção da equipa de enfermagem sobre a

pertinência da temática da simulação clínica para a capacitação da equipa na gestão eficaz de PCR, assim como identificar as suas necessidades formativas nesta área de estudo. No total obtive 32 respostas, traduzindo-se em aproximadamente 24% dos enfermeiros de prestação direta de cuidados, revelando-se uma percentagem inferior à idealizada. Contudo, foi possível cumprir com o indicador de resultado previamente definido, garantindo a participação de, pelo menos, uma equipa de enfermagem no questionário. Julgo que esta adesão pode estar relacionada a determinados fatores, tais como elevada carga de trabalho decorrente da sobrelotação de doentes e complexidade das situações, bem como exaustão de questionários realizados com regularidade.

Não obstante, apesar da pequena amostra, considero que a adoção deste instrumento permitiu aferir resultados significativos que explicam a valorização dos enfermeiros pelo tema, as suas principais dificuldades e necessidades formativas. Sumariamente partilho alguns resultados dos questionários aplicados, que são apresentados detalhadamente em **Apêndice B**. É possível constatar que 87,5% dos inquiridos considera extremamente importante a realização de formações regulares em simulação no SUMC para uma gestão eficaz de PCR. Cerca de 84,4% concorda totalmente que a formação contínua e o treino regular em simulação na gestão de PCR contribuem para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros e para a segurança do doente. Cerca de 58,1% dos inquiridos refere que nunca se realiza formação em simulação em PCR no SUMC. Neste contexto, 100% dos inquiridos enfatizam a necessidade de aumentar os treinos de simulação em serviço. As três áreas prioritárias para treino são: comunicação eficaz em equipa, reconhecimento precoce de PCR e técnicas de RCP (compressões e ventilações adequadas). Os três fatores artificiais que motivam a participação em simulação em serviço são: melhoria na gestão em situações de PCR, aumento da confiança e atualização sobre as melhores práticas em RCP.

A eleição da simulação *in situ* neste serviço, como uma metodologia formativa para responder ao diagnóstico de situação, encontra-se fundamentada por evidência científica atual. As diretrizes do AHA, reconhecidas internacionalmente, recomendam que todos profissionais de saúde se capacitem para a RCP com recurso à simulação *in situ*, além da formação tradicional.¹⁴ Estudos recentes, conduzidos em SUG, defendem a simulação como uma metodologia promotora de competências: aumento do conhecimento, autoconfiança, performance na comunicação e na liderança,⁵⁶ padronização de tarefas na equipa⁸⁶ e melhoria significativa das CT - nomeadamente a

qualidade das compressões torácicas, incluindo frequência e profundidade; reconhecimento de ritmos desfibrilháveis e administração segura de medicação.⁴⁶

Com o intuito de atender às necessidades formativas, considerando o diagnóstico de situação apresentado, definiram-se os seguintes objetivos específicos para este EC: 1) Integrar o contexto institucional, dinâmica organizacional e funcional do serviço; 2) Demonstrar competências na prestação de cuidados especializados à PSC e à sua família; e 3) Capacitar a equipa de enfermagem para uma gestão eficaz de PCR.

Para uma melhor interpretação do plano de projeto definido, os indicadores de processo, recursos e indicadores de resultado encontram-se sistematizados no quadro, apresentado em **Apêndice C**. Por outro lado, para assegurar uma organização estruturada das atividades ao longo do estágio, elaborei um cronograma que alinha as etapas do projeto e assegura o cumprimento dos objetivos nos prazos definidos. O cronograma encontra-se sistematizado no quadro, apresentado em **Apêndice D**.

III.2.2. Viatura Médica de Emergência e Reanimação

O contexto do PH constitui um local de primazia para a promoção de um vasto leque de oportunidades de situações complexas e emergentes no cuidado à PSC. A imprevisibilidade e complexidade das situações que caracterizam o PH representa um enorme desafio para as equipas de emergência da VMER, exigindo flexibilidade e adaptabilidade na resposta a situações críticas e às limitações de recursos.

Neste contexto, a PCR embora responsável por um número acrescido de ativações, constitui inevitavelmente uma das situações mais desafiantes para a equipa da VMER.¹⁰ No meu EC, a observação participativa de situações de PCR, evidenciou a especificidade do PH, caracterizado por um ambiente imprevisível e não controlado, recursos humanos limitados, necessidade de abordagem integrada em equipa com marcada dependência e coordenação com outras entidades de socorro e necessidade de intervenções precoces e precisas, por vezes, realizadas em simultâneo. Este evento sucedeu em locais diversificados e ruidosos, sob o olhar atento de familiares e transeuntes, aumentando a carga emocional e a tomada de decisão sob pressão da equipa.

Embora evidentes os desafios da PCR no PH, a equipa demonstrou um desempenho de elevada qualidade e excelência na gestão de situações críticas. Deste modo, o diagnóstico de situação não emerge de uma identificação objetiva de falhas de intervenção, mas especialmente do reconhecimento da simulação como metodologia essencial para treinar, consolidar e aprimorar competências em RCP, assegurando que a excelência do desempenho da equipa se mantenha permanentemente consistente.

No âmbito da apresentação do meu projeto para este EC, realizou-se uma reunião com a coordenação da VMER e o meu SC. Mediante o supracitado, considerei pertinente manter o foco de intervenção na simulação como instrumento formativo para a capacitação das equipas de emergência. No sentido de assegurar fidelidade e realismo dos desafios da gestão da PCR no PH, propus-me a implementar um programa de simulação, não esquecendo outras entidades fundamentais para o sucesso da reversão de uma PCR, incluindo bombeiros e TEPH. O culminar deste projeto preconizava solicitar a realização deste programa de simulação num dos quartéis da corporação de bombeiros da área.

Embora se obtivesse concordância do potencial formativo do meu projeto na VMER, a sua implementação revelou-se inviável dentro do período previsto do EC. Face à necessidade de condições logísticas significativas, articulação com entidades envolvidas e gestão eficiente de recursos humanos e materiais, esta atividade exigiria um planeamento mais antecipado para a sua implementação. Por esse motivo, a coordenação sugeriu um adiamento na sua concretização, propondo a sua integração no plano formativo interno do ano subsequente. Este convite foi aceite, constituindo um reconhecimento da pertinência, sustentabilidade e atualidade do tema.

Na inviabilidade de implementação deste indicador de processo, o meu foco de intervenção direcionou-se para a sensibilização da equipa da VMER para a importância da prática simulada no desenvolvimento de competências e segurança da PSC. Assim, propus-me a elaborar materiais de apoio para sensibilização dos profissionais de saúde. Posteriormente, após uma reunião com o meu SC, considerou-se pertinente identificar fatores e condicionantes que influenciam a gestão da PCR no PH, através da realização de um estudo retrospectivo de caracterização das PCR atendidas por esta VMER no ano de 2024. Este estudo incluía indicadores: número de PCR, tempos de respostas das equipas de emergência, SBV realizado por circunstâncias, local de ocorrência. Estes dados poderão revelar-se pertinentes para identificar áreas de melhoria na abordagem à PSC.

Para a realização deste estudo foram solicitadas autorizações à Comissão de Ética para a Saúde (CES). (**Apêndice E**).

Das entrevistas não estruturadas realizadas aos elementos da VMER a maioria mostrou-se interessada na temática. Estes profissionais reconhecem a sua importância para o exercício profissional, defendendo que a simulação deveria ser obrigatória para a manutenção da prática. Para corroborar a pertinência deste diagnóstico de situação, procedi à aplicação de um questionário online para todos os profissionais que integram a VMER (**Apêndice F**), de cariz anónimo e usado somente para fins académicos. Este questionário apresenta como principais objetivos avaliar a perceção da equipa da VMER sobre os principais desafios e condicionantes na gestão da PCR no contexto PH, bem como a importância da simulação clínica na capacitação das equipas de emergência.

No total, a amostra foi constituída por 21 profissionais de saúde (10 enfermeiros e 11 médicos). Resumidamente, verifica-se que os principais desafios identificados na gestão da PCR no PH são maioritariamente fatores externos à equipa, destacando-se a ausência de SBV por circunstâncias, atraso no reconhecimento da PCR e tempo de “*no/low flow*” prolongado. Para mitigar as condicionantes da PCR no ambiente PH, são identificadas maioritariamente as estratégias de programas de formação de SBV com DAE para a população e programas de simulação clínica para os profissionais de saúde. Dos 21 participantes, 95,2% (n=20) consideraram pertinente incluir no plano de formação anual da VMER a simulação baseada em cenários de PCR, sendo as condicionantes intrínsecas à VMER mais prioritárias com 52,4% (n=11) as CNT e com 23,8% (n=5) as CT. Os resultados destes questionários apresentam-se pormenorizados em **Apêndice G**.

Atendendo ao diagnóstico de situação e particularidades do PH, definiram-se os seguintes objetivos específicos: 1) Integrar o contexto institucional, dinâmica organizacional e funcional do serviço; 2) Demonstrar competências na prestação de cuidados especializados à PSC/família; 3) Sensibilizar a equipa para a importância da simulação na gestão eficaz de PCR; e 4) Identificar os principais condicionantes que influenciam a gestão da PCR no contexto PH.

O plano de projeto para este EC encontra-se em **Apêndice H**, bem como o cronograma das suas atividades em **Apêndice I**.

III.2.3. Serviço de Medicina Intensiva

O meu EC no SMI teve início com uma visita prévia ao serviço, onde tive oportunidade de conhecer o enfermeiro gestor, uma enfermeira coordenadora e o meu enfermeiro SC. Nesta visita, contactei com a dinâmica organizacional, estrutura física e circuitos, bem como conheci a missão, protocolos e projetos instituídos.

Esta visita foi preponderante para compreender que a simulação constitui uma iniciativa previamente implementada no SMI, através de um projeto designado de “*TEAM*”. Assente no princípio “*Together everyone achieves more*”, consiste em simulações em PCR com ênfase no treino de equipas, evidenciando a pertinência da simulação, como uma necessidade reconhecida na formação contínua dos profissionais de saúde. Segundo o meu enfermeiro SC, o *TEAM* apoiado em diretrizes internacionais do AHA, tem evidenciado resultados positivos para a capacitação das equipas do SMI, podendo justificar o verdadeiro potencial da aplicabilidade desta metodologia em outros contextos da PSC. O investimento dos serviços de saúde em projetos desta natureza sublinha o real espectro da utilização da simulação no desenvolvimento de competências essenciais, consolidação da cultura de segurança e da qualidade das instituições de saúde. Nesta perspetiva, o meu projeto apresenta-se alinhado à iniciativa do SMI, podendo contribuir para reforçar e/ou complementar as práticas já existentes.

Este primeiro contacto revelou-se oportuno para apresentar os meus objetivos para obtenção do título de EE e mestre, bem como o meu projeto académico alicerçado na simulação em serviço. Ainda que tenham reconhecido a importância da temática no contexto da PSC, consideraram existirem outras necessidades formativas mais prementes para o SMI, apresentando-me a proposta de trabalhar outros temas igualmente relevantes.

Atendendo à especificidade do SMI e à análise preliminar das suas necessidades formativas, foi priorizado um novo diagnóstico de situação. Este exigiu a formulação de um plano de projeto alinhado aos requisitos da prática avançada e ao processo de aprendizagem contínua, refletindo-se em novos objetivos, indicadores de processo, recursos necessários e novos indicadores de resultado. A Prevenção e Gestão do *Delirium* foi identificada como um problema real e atual do serviço, posteriormente validada e aceite pela coordenação. Este diagnóstico emerge da observação participativa das práticas de enfermagem, de entrevistas não estruturadas e da consulta de protocolos instituídos.

Muito se discute na literatura acerca do desafio que representa o *Delirium* na PSC. Podendo a sua prevalência atingir 80%, é uma realidade subdiagnosticada e, por vezes, desvalorizada e negligenciada no SMI, pelo que é urgente repensar a prática clínica. Está associada a implicações para as instituições de saúde, assim como nos *outcomes* da PSC, resultando em: tempo de internamento prolongado, custos hospitalares elevados, maior risco de institucionalização e aumento da morbimortalidade, tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI) e do declínio funcional e cognitivo a curto e longo prazo.⁸⁷

Através da observação participativa da prestação de cuidados no SMI, observou-se um défice de conhecimento de alguns enfermeiros e não adesão à monitorização e documentação do *Delirium*. É certo que não existe uma prática sistematizada de avaliação e monitorização, observando-se a ausência da aplicação de escalas validadas, bem como a ausência de campos obrigatórios para documentação da sua monitorização. Mais preocupante se evidencia, através da realização de entrevistas não estruturadas, o desconhecimento de alguns enfermeiros acerca da existência de escalas de identificação e monitorização, como a CAM-ICU. Acrescente-se, ainda, que existe um protocolo institucional, elaborado apenas por médicos e desconhecido para alguns enfermeiros, que carece de atualização, favorecendo de ajustes de acordo com evidências atuais para as melhores práticas. Ora, é de conhecimento geral que a implementação de protocolos institucionais bem estruturados, garantem padronização e qualidade dos cuidados, identificação precoce e gestão eficaz do *delirium*, bem como asseguram que a monitorização seja parte integrante do cuidado à PSC.⁸⁸

Em virtude do atual cenário, propus-me a colaborar com a equipa médica na revisão deste protocolo, iniciativa que não foi possível concretizar até ao término do EC devido a limitações logísticas, como a indisponibilidade da classe médica, detentora de outras prioridades no serviço. Perante esta limitação, o meu foco direcionou-se para a sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da prevenção e gestão do *Delirium*, propondo-me a realizar uma sessão formativa e materiais de apoio, priorizando a apresentação de sugestões de melhoria para a promoção da qualidade dos cuidados.

Considerando a abordagem ao *Delirium* multimodal e multidisciplinar,⁸⁷ é relevante sensibilizar a equipa de enfermagem para a urgente necessidade de revisão do protocolo vigente. Ademais, a evidência reconhece o enfermeiro como detentor de conhecimento aprofundado acerca de fatores precipitantes e medidas não farmacológicas essenciais para a sua prevenção e gestão.⁸⁹ Esta afirmação é alvo de reflexão, enfatizando

a conscientização da participação ativa dos enfermeiros, como agentes de mudança, nos processos de revisão e implementação de protocolos.

Mediante o diagnóstico de situação identificado e visando atender às necessidades formativas, definiram-se os seguintes objetivos específicos para este EC: 1) Integrar o contexto institucional, dinâmica organizacional e funcional do serviço; 2) Demonstrar competências na prestação de cuidados especializados à PSC e à sua família; e 3) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da prevenção e gestão do *Delirium* no SMI. Para uma melhor interpretação, o plano de projeto definido para este EC encontra-se em **Apêndice J**. O cronograma que assegura o cumprimento das suas etapas e objetivos nos prazos definidos, encontra-se apresentado em **Apêndice K**.

III.3. Análise Reflexiva da Aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem

Este capítulo dedica-se à análise crítico-reflexiva e descritiva das atividades realizadas nos três EC, visando a conceção da prática de cuidados especializados através da aquisição de Competências Comuns do EE e Competências Específicas do EE-EMC-PSC. Complementarmente, releva-se o percurso desenvolvido para o desenvolvimento de competências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. A obtenção dos títulos mencionados coaduna com a elaboração de um planeamento de objetivos específicos e atividades delineadas para cada EC, articulando a formação e a prática clínica do percurso académico a referenciais normativos da OE, implícitos no Regulamento nº 140/2019,² Regulamento nº 429/2018³ e Decreto-Lei 65/2018.¹

III.3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

A atribuição do título de EE pressupõe a aquisição de um conjunto de competências comuns, consideradas premissas essenciais para o suporte efetivo ao exercício profissional especializado. Presentes no Regulamento 140/2019 da OE, decretado em Diário da República, estas são definidas como as competências transversais

a todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, envolvendo as dimensões da conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como da formação, investigação e assessoria.² Neste âmbito, são integrados quatro domínios de atuação: Responsabilidade profissional, ética e legal (A), Melhoria contínua da qualidade (B), Gestão dos cuidados (C) e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).²

III.3.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal (A)

Competencias comuns do EE²:

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de mestre¹:

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

Como futura EE, é essencial estar consciente de que o domínio da responsabilidade profissional ética e legal constitui um princípio imprescindível para a enfermagem especializada. A prestação de cuidados à PSC pautou-se por uma tomada de decisão na observância da deontologia profissional, apoiada no cumprimento rigoroso de normas legais e responsabilidade ética-deontológica e no respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.² Tal prática, sustentou-se na minha capacidade para integrar conhecimento, refletir criticamente sobre questões complexas e implicações e responsabilidades éticas e sociais, desenvolver soluções e emitir juízos clínicos de forma fundamentada.¹ Assim, foram mobilizados conhecimentos adquiridos na UC de Ética e Deontologia em Enfermagem, assim como na legislação vigente, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE).

Partindo da premissa de que o enfermeiro é “gente que cuida de gente”,^(90 p.14) as intervenções de enfermagem coadunam-se com a preocupação pela defesa da liberdade e

dignidade da pessoa humana. A responsabilidade inerente ao papel assumido, o respeito pelos direitos humanos da pessoa e a excelência do exercício da profissão são os princípios orientadores da enfermagem.⁹⁰ Como tal, em contexto da PSC, onde a pessoa se encontra frequentemente em situação de fragilidade e dependência de cuidados acrescida, assumiu particular relevância nortear a minha intervenção nos EC através dos princípios da beneficência (dever de fazer o bem ao outro e auxiliá-lo a obter o que é para seu benefício), da não-maleficência (dever de não causar dano ao outro), respeito pela autonomia (respeitar as escolhas da pessoa), justiça (prestar cuidados equitativos, assegurando a igualdade) e vulnerabilidade (solidariedade em situação de fragilidade).⁹⁰

O respeito pelo direito ao acesso à informação foi uma premissa transversalmente desenvolvida no decurso dos EC,² implícita no CDE no artigo 84º - Dever de Informar. Sendo o dever do enfermeiro informar no que respeita os cuidados de enfermagem para salvaguardar o direito à autodeterminação,⁹⁰ todas as minhas intervenções foram comunicadas e elucidadas de forma simples, clara, objetiva e suficientemente compreensível, procurando esclarecer completamente o destinatário.⁹¹ Para tal, centralizando o cuidado no doente e na sua envolvência, assumiu relevante pertinência “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, (⁹⁰ p.73) enfatizando uma tomada de decisão livre, consciente e esclarecida e construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa cuidada.

Nesta linha de pensamento, experienciei situações eticamente complexas e potenciadoras de dilemas éticos e legais entre o princípio da beneficência e o respeito pela autodeterminação. Exemplo disso, um senhor de 60 anos, consciente e orientado, admitido no SMUC com acidémia respiratória grave e antecedentes pessoais de neoplasia do pulmão em estadio IV, recusou ventilação mecânica não invasiva (VMNI), apesar de devidamente informado dos riscos associados à não adesão do tratamento, incluindo morte iminente. Tal decisão, livre e esclarecida, foi reconhecida como uma manifestação legítima de autonomia.⁹² Nesta situação, intervi cumprindo o meu dever de informar, compreendendo que as pessoas são livres de decidir acerca de si, respeitando decisões antagónicas ao que consideramos social e clinicamente aceitável.

Esta situação pode ser compreendida à luz da Teoria das Transições. Simultaneamente, observa-se uma transição de saúde e doença, marcada por uma mudança significativa no estado de saúde da pessoa, bem como uma transição situacional caracterizada por hospitalização súbita. Afaf Meleis defendia que “*When a person refuses*

to enact a specific role, he has made a decision that the costs outweigh the gains".^(64 p.17) Esta situação constitui um momento de vulnerabilidade, exigindo do doente adaptação e uma tomada de decisão complexa. Consciente de que o seu tempo de vida era limitado pela doença oncológica em estado avançado, o doente recusa tratamento ao aceitar a sua finitude de acordo com as suas crenças, valores e costumes, em detrimento da dor e desconforto associado à VMNI e medo de dependência de familiares.

Em todos os EC, nas situações de emergência com risco de vida eminente, em que as pessoas se encontravam incapazes de comunicar, na ausência de representante legal ou de informação objetiva e documentada de oposição, nomeadamente diretiva antecipada de vontade, foi prevalente o princípio da beneficência sobre a autodeterminação. Nestes casos, aplicou-se um consentimento presumido, assumindo que esta pessoa aceitaria os cuidados se conhecesse as circunstâncias.⁹⁰

Intimamente ligado à informação encontra-se o dever de assegurar a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional,² tornando-se oportuno abordar o Dever do sigilo, explanado no artigo 85º do CDE.⁹⁰ Atendendo a que o enfermeiro deve “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte”,^(90 p.78) partilhei a informação clínica somente com as pessoas envolvidas no plano terapêutico, minimizando partilhas acidentais de informação em locais impróprios. A transição de cuidados foi realizada à cabeceira, preocupando-me em acautelar um tom de voz reduzido para evitar que a informação fosse ouvida pelos demais não implicados nos cuidados.

Acresce ainda que, o doente “deve decidir, sempre que possível sobre aquilo que, da informação, pode ser partilhado”.^(90 p.80) Destaco uma situação no SMUC de doente com diagnóstico oncológico inaugural, que manifestou transitoriamente a sua vontade de omitir o diagnóstico à sua esposa. Mediante esta situação, respeitei a sua autonomia mantendo o sigilo profissional, promovendo uma comunicação facilitadora de uma transição saudável e oferecendo orientação sobre os recursos comunitários disponíveis. Paralelamente, respondi à pressão da família, uma esposa muito presente que solicitava frequentemente informações, prestando apoio emocional. Embora emocionalmente desafiante, vivenciar esta situação foi essencial para compreender a relevância do respeito pela confidencialidade, enquanto dever ético e legal do EE.

No decurso dos EC salguei, no exercício das minhas funções e na supervisão das tarefas delegadas, o direito à privacidade e intimidade da pessoa.⁹⁰ A minha intervenção foi consistente, privilegiando que todos os procedimentos clínicos fossem executados exclusivamente pelos profissionais necessários, solicitando respeitosamente aos demais que se ausentassem provisoriamente. Outra estratégia instituída foi minimizar a exposição corporal ao estritamente indispensável, assegurando que o doente estivesse adequadamente coberto com lençóis e/ou cobertores. As características estruturais e a sobrelotação do SMUC constituem um relevante desafio no cumprimento deste direito, mas não uma intervenção inviável. Neste contexto, a dignidade foi salvaguardada adotando estratégias de privacidade através da utilização de cortinas, barreiras divisórias, biombo, o nosso próprio corpo e, sempre que necessário, mobilizando o doente em maca no corredor para locais mais resguardados. Em contrapartida, a estrutura física e circulação controlada no SMI, permitiram que o simples encerramento de cortinas fosse suficiente para salvaguardar a privacidade da PSC em toda a minha prestação de cuidados.

No contexto do PH, este direito torna-se ainda mais desafiante. As ativações da VMER ocorrem em diversos locais, nomeadamente no domicílio, via pública e áreas de elevada movimentação. Neste contexto, sempre que possível, privilegiei a transferência da vítima para o interior da ambulância, onde prestei os cuidados de enfermagem. Na inviabilidade de mobilização, dada a gravidade e emergência de intervenção, assumiu particular relevância uma situação de PCR em via pública cuja estratégia de minimização de exposição aos transeuntes, aquando da realização de SAV, foi a solicitação da colaboração de entidades de socorro presentes para realizarem uma barreira física.

Ainda no domínio do respeito pelos direitos humanos, torna-se oportuno abordar o respeito pela pessoa em situação de fim de vida, assegurando o direito primordial a uma morte digna. Em consonância com o dever de respeito pela autonomia, em todos os EC procurei intervir com advocacia ética, assegurando a defesa e promoção do direito à escolha do local e das pessoas que a acompanham na fase terminal da sua vida.⁹⁰ Particularmente no SMUC, o cuidado ao doente com doença terminal permitiu-me refletir sobre a importância do dever ético do cuidar, privilegiando o conforto, privacidade, presença, escuta ativa e respeito pelo silêncio, evitando a obstinação terapêutica e minimizando intervenções fúteis que conduzem ao prolongamento do sofrimento. Em virtude da sua proximidade com a pessoa e da compreensão do ser humano na totalidade (física, social e espiritual), *Afaf Meleis* defendia que os enfermeiros se encontram numa

posição privilegiada para reorientar a equipa multidisciplinar em relação ao impacto da morte social,⁶⁴ corroborando a intervenção do EE na construção de tomada de decisão em equipa e na seleção de respostas apropriadas dentro de um amplo leque de opções.²

Ainda nesta linha de pensamento, os enfermeiros devem atender a princípios fundamentais da dignidade humana tanto na vida quanto após a morte,⁹³ emergindo assim, a necessidade de “Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.^(90 p.86) Reconhecendo que esta não cessa com o óbito, no SMI e no SMUC assegurei cuidados dignos ao corpo, sendo o cuidado prestado alargado à família enlutada demonstrando empatia e fornecendo tempo e privacidade no momento da despedida. Facultar este contacto e visualização do corpo é uma premissa essencial nos cuidados pós-morte, constituindo um momento significativo de suporte ao processo de perda e luto.^{90,94} No PH mencionam-se as situações ocorridas no domicílio nas quais a equipa se deparou com óbitos, havendo a preocupação de mobilização e/ou transferência do corpo para a cama ou sofá e minimização da exposição corporal, refletindo o respeito pela dignidade do falecido e, simultaneamente, a proteção da família a imagens potencialmente traumáticas.

O recurso à contenção física no SMUC constitui um dilema ético experienciado, podendo traduzir eventualmente uma potencial violação dos direitos humanos quando indevidamente utilizado. Contudo, importa ressaltar que esta medida se enquadra ética e legalmente na norma vigente da DGS nº 021/2011 – “Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente”, que aprova a contenção física como uma estratégia temporária e de último recurso, na ausência de eficácia de outras alternativas menos restritivas e medidas farmacológicas.⁹⁵ Após ponderação do risco/benefício, a contenção de um doente no SMUC com desorientação psicomotora com risco acrescido de queda da maca e fuga do serviço, revelou-se uma medida estritamente necessária no momento, orientada pelos princípios da beneficência e da não maleficência. Ao identificar práticas de risco, implementei medidas preventivas e adotei uma conduta antecipatória, assegurando a segurança do doente.²

Em suma, considero ter evidenciado uma articulação entre as competências de mestre e o domínio ético e legal da prática especializada, assegurando a prestação de cuidados eticamente responsáveis, humanizados e legalmente enquadrados no CDE.

III.3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)

Competências comuns do EE:²

- B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competência de mestre:³

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.
-

Muito se discute atualmente sobre a qualidade em saúde, não existindo até à data uma definição consensual.²⁹ Contudo, a OMS sugere como referência mais completa a definição de “A medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais.” (96 p.13)

Conforme previsto no regulamento de competências comuns do EE, a qualidade e segurança são dois conceitos indissociáveis,²⁹ inerentes à prática profissional especializada em enfermagem. O cumprimento desta competência requer que, o EE procure uma intervenção dinâmica na promoção de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolvimento de práticas de qualidade através da gestão e colaboração de projetos de melhoria contínua e promoção de ambientes seguros.²⁹ Assim, preconiza-se o desenvolvimento e institucionalização, avaliação e monitorização

de uma cultura de segurança e melhoria contínua da qualidade em saúde, potenciando mudanças comportamentais e melhoria do desempenho das organizações de saúde.^{29,96}

Refletindo sobre os meus EC, esta competência materializou-se na adoção de comportamentos com ênfase em práticas seguras e prevenção de eventos adversos. Para tal, assumiram particular relevância, as reuniões realizadas no início de cada EC com os enfermeiros da coordenação e respetivos SC. Estas reuniões permitiram apresentar o meu plano de projeto e validar o seu reconhecimento como eventual necessidade formativa do serviço. Sob outra perspetiva, permitiram conhecer programas de melhoria contínua instituídos em cada serviço, considerando a possibilidade de colaboração nos mesmos ou implementação de novos projetos, face a áreas de melhoria reconhecidas em cada EC.

Numa procura constante de excelência do exercício profissional, desenvolvi não apenas estratégias de monitorização e avaliação da prática diária, bem como potencieei o meu desenvolvimento pessoal e profissional através da reflexão sobre as práticas assistenciais,⁹⁷ de modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo¹ Enquanto futura EE, suportei a minha prática clínica através de normas, instruções de trabalho e protocolos institucionais, assegurando intervenções consistentes e alinhadas a padrões de qualidade e evidência científica recente, princípio fundamental para a enfermagem especializada. Foram mobilizados conhecimentos avançados sobre as diretivas no domínio da qualidade, incorporando-os na minha prestação de cuidados.² Ainda neste domínio, tendo por base a prestação de cuidados sustentados na prática baseada em evidência (PBE), revelou-se pertinente a consulta de documentação de regulamentação nacional e documentos normativos da OE, nomeadamente o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em EMC na PSC e o PNSD 2021-2026.^{98,99,100} Estes documentos constituíram referenciais essenciais para nortear as minhas intervenções como resposta às exigências de qualidade e segurança dos cuidados.

Durante os EC, observou-se um investimento na qualidade dos serviços, evidenciado pela disponibilidade de múltiplos documentos institucionais que orientam a prática clínica. No SMUC, tive acesso aos documentos em sistema informático na plataforma online disponível para todos os profissionais de saúde. No SMI, além da plataforma online, consultei documentos adicionais inseridos numa pasta partilhada no ambiente de trabalho de cada utilizador. Já na VMER, a documentação estava impressa, incluindo protocolos de SAV de adulto, pediátrico, em situações de trauma e na grávida.

Estou convicta de que a consulta desta documentação traduz o meu compromisso com a qualidade em saúde em todos os EC, utilizando-os como instrumentos valiosos para a minha aprendizagem, uniformização de cuidados seguros e participação na gestão de risco através da antecipação de eventos adversos associados ao exercício da profissão.

A avaliação da qualidade em saúde é mensurável,²⁹ tornando-se indiscutível o reconhecimento do processo de auditoria como uma ferramenta essencial nas instituições de saúde.¹⁰¹ Nesta linha de pensamento, devo mencionar que na VMER existe uma equipa responsável pelo controlo de qualidade e auditoria definidas pela coordenação. Por outro lado, no SMUC acompanhei e colaborei com a minha SC na realização de auditorias internas à higienização das mãos, identificação inequívoca e transição de cuidados. Ao intervir na análise e validação de processos assistenciais e na verificação da conformidade das suas intervenções face a protocolos e normas institucionais,¹⁰² compreendi que o enfermeiro auditor, prezando pela objetividade e imparcialidade, constitui um elo entre a prática profissional e os objetivos de qualidade. Esta experiência veio consolidar a importância de indicadores de qualidade para a melhoria contínua, aprendizagem em equipa e aumento da cultura de segurança,²⁹ culminando no convite do meu serviço para integrar a equipa de auditores nas auditorias internas.

A comunicação eficaz durante o processo de transmissão de informação, através de ferramentas normalizadas, constitui-se fundamental para incentivar uma cultura de segurança e transição de cuidados bem-sucedida, em qualquer que seja o ambiente de emergência.^{103,104} Neste enquadramento, em todos os EC assegurei uma transição segura de cuidados, respeitando a norma vigente da DGS (001/2017), “Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde” que preconiza a utilização da técnica ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações), como prioritária em todos os níveis de cuidados.^{29,105} permitindo um processo de comunicação claro, conciso e simples e minimizando perdas significativas de informação.¹⁰⁴

Registos de enfermagem claros, precisos e acessíveis são importantes para a continuidade de cuidados e aspeto legal do cuidado, considerados pilares fundamentais para cuidados de enfermagem de qualidade, seguros e sustentados em evidência científica.^{105,107} Relativamente à metodologia de registos, observei coexistência de práticas distintas. No SMUC documentei todas as minhas intervenções em sistema informático na aplicação “*Soarian*”. No SMI apenas a nota de turno foi realizada informaticamente, sendo as restantes anotações de monitorização ao longo do turno

registadas numa folha de registos diária em suporte papel, que após as 24h é arquivada num dossier. Esta metodologia encontra-se muito enraizada no SMI, observando-se uma resistência à adoção de tecnologias de informação em saúde, o que suscita um aspeto relevante de reflexão crítica. Circunstancialmente, deparei-me com registos ilegíveis e atraso no acesso à informação prévia, pelo que considero uma prática pouco sustentável e suscetível a eventos adversos. Face a complexidade de cuidados à PSC e à necessidade de acesso célere a informação legível, considero premente a necessidade de evolução para o sistema de registo eletrónico, associado na literatura a redução de erros, melhoria da legibilidade e rastreabilidade e facilitação de continuidade de cuidados.¹⁰⁸

Na VMER, a documentação das intervenções de cuidados é realizada unicamente pelo médico, durante ou após a ocorrência, em formato papel no Verbete Nacional de Socorro e informaticamente na plataforma digital ITEAMS do INEM. O enfermeiro no PH não realiza registos de enfermagem, observando-se objetivamente uma ausência de evidência das intervenções realizadas. Esta prática está desalinhada com a orientação estabelecida pelo CDE, no artigo 83º do direito ao cuidado, que reforça a responsabilidade do enfermeiro em “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”.^(90 p.69) Esta limitação levanta uma reflexão sobre as implicações éticas e legais ao representar uma omissão do dever profissional, comprometendo a continuidade de cuidados e a visibilidade e valorização da profissão.

A identificação inequívoca do doente está presente em todas as etapas dos cuidados, sendo a incorreta identificação associada a incidentes com consequências significativas para os envolvidos.²⁹ A adoção de práticas seguras para uma identificação inequívoca foi, sem dúvida, uma prioridade transversal a todos os EC, conforme orientação da norma da DGS (018/2011) “Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde”.¹⁰⁹ No SMUC e no SMI, assegurei a existência de pulseira de identificação com nome completo, data de nascimento e número de processo clínico e realizei a dupla confirmação da identidade antes de qualquer procedimento, verificando a pulseira e solicitando que a pessoa fornecesse pelo menos dois dados inequívocos. Na impossibilidade de o fazer, a validação foi realizada com recurso a um familiar ou através das forças de autoridade. Por exemplo, uma senhora com AEC sob substâncias psicoativas sem documento de identificação, foi admitida no SMUC como “feminina não identificada” e posteriormente identificada pelas autoridades. Dado

a especificidade do contexto do PH, a PSC não possui pulseira, pelo que a identifiquei através do documento de identificação e confirmando o nome com a pessoa e/ou familiar.

Durante os EC, adotei postura atenta na prevenção de quedas e úlceras de pressão, reconhecendo a sua transversalidade em todos os contextos, independentemente das suas especificidades. Como futura EE, participei na avaliação de risco através das escalas de *Braden* e *Morse*, identifiquei fatores de risco, implementei medidas preventivas individualizadas, monitorizei registos clínicos e promovi a consciencialização da equipa, do doente e da sua família para a adoção de comportamentos preventivos e mitigação de eventos adversos. Destaco a realização de cuidados à pele, mobilização precoce, alternância de decúbitos e uso de superfícies de apoio. Para minimizar quedas acidentais em contexto hospitalar, frequentemente associadas ao ambiente ou a erros de avaliação²⁹ adotei medidas preventivas alinhadas à norma da DGS (008/2019) “Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares”, incluindo: iluminação adequada, remoção de barreiras e obstáculos, maca/cama a nível inferior e travada, elevação das grades da cama e uso de dispositivos de apoio à marcha, como cadeira de rodas.¹¹⁰ No PH, implementei medidas preventivas, incluindo o transporte seguro com cintos nos dispositivos de imobilização e transferência.

A Humanização de Cuidados no SMI constitui, atualmente, o projeto de melhoria prioritário do serviço. Neste âmbito, assume particular relevância o projeto designado de Clínica do Doente Crítico do SMI, responsável pelo acompanhamento multidisciplinar à PSC/família após alta. O mesmo se aplica à Consulta de *Follow-up* de Enfermagem, um dos projetos que tive a oportunidade de participar, realizada semanalmente e exclusivamente por cinco EE-EMC do SMI, que visa responder a necessidades clínicas, psicológicas e emocionais do doente e promover a sua recuperação através de intervenções precoces e célere articulação com outras especialidades. Decerto que é um projeto interessante, conferindo autonomia e reconhecimento pela enfermagem especializada. Relembro-me de uma consulta de uma jovem de 29 anos com AP de obesidade mórbida, internada no SMI cinco dias por Pré-Eclâmpsia e Pneumonia de aspiração, submetida a VMI e cesariana de emergência. Esta consulta presencial decorreu 6 semanas após alta, permitindo-me compreender o impacto do internamento e das transições vivenciadas na PSC e sua família. Observei elevada labilidade emocional associada a insónia e pesadelos noturnos constantes, pelo que considerei premente a necessidade de acompanhamento psicológico desta jovem, participando na referênciação

para a equipa de psicologia e de psiquiatria. Dado o peso acima do recomendado, articulou-se com a equipa de nutrição o seu seguimento.

No SUMC, após identificação de oportunidades de melhoria procurei planear e liderar um programa de melhoria contínua através da implementação de um programa de simulação *in situ*. Este programa incluiu duas sessões formativas em dias diferentes, cada uma com duração de 1h30 e com participação de 8 enfermeiros. Cada sessão integrou uma componente teórica sobre a temática “Contributos da simulação clínica em PCR para o desenvolvimento de competências em enfermagem e segurança do doente” (**Apêndice L**) com uma breve apresentação da sua pertinência nas instituições de saúde e revisão do algoritmo de SAV de acordo com as diretrizes do AHA.

A segunda parte da sessão consistiu numa componente prática, com recurso a cenários simulados de PCR, integrando as noções adquiridas na componente teórica. O treino de simulação foi desenvolvido e implementado seguindo a abordagem concetual da *NLN Jeffries Simulation Theory*.⁶¹ Neste sentido, realizou-se uma tabela que permite demonstrar o alinhamento entre o programa de simulação implementado e os principais componentes da teoria (**Apêndice M**), visando evidenciar como esta teoria norteou a conceção, execução e avaliação da simulação *in situ* no SMUC.¹¹¹ De salientar que, após cada cenário simulado, realizou-se ainda um pequeno *debriefing*, razão pela qual optei por grupos pequenos, otimizando uma aprendizagem e participação ativa. O plano de sessão do programa de simulação clínica encontra-se em **Apêndice N**.

Inicialmente estavam programadas três sessões formativas. Devido a limitações logísticas do SUMC, como indisponibilidade de espaço físico para realização da mesma, a terceira sessão foi cancelada. Não obstante, apesar deste constrangimento considero que a minha intervenção se configura como um marco inicial para a introdução da simulação neste serviço, com significativos contributos para a qualidade e segurança dos cuidados. Para corroborar esta afirmação, elaborei uma tabela de avaliação de aprendizagem (**Apêndice O**) para aplicação durante os cenários simulados, anónima e exclusivamente para fins pedagógicos e sem objetivo de investigação científica. Enquanto futura EE, reconheço que esta metodologia de avaliação pode suportar alguma subjetividade, pelo que esta foi aplicada por mim e pela minha SC, procurando garantir maior fiabilidade e imparcialidade. Esta metodologia de avaliação permitiu aferir ganhos objetivos para a equipa de enfermagem, observando-se uma evolução nas CT e CNT dos enfermeiros.

Elaborei ainda um questionário de avaliação (**Apêndice P**) aplicado no final da sessão formativa, tendo obtido uma classificação de “muito bom” em 100% dos participantes. (**Apêndice Q**) De salientar que, estes demonstraram à coordenação o seu interesse em dar continuidade ao meu projeto, demonstrando uma percepção positiva da formação na expressiva evolução sobretudo nas competências não técnicas. Acrescentar ainda, que considere ser uma mais-valia para o SMUC elaborar um guia orientador de boas práticas para a implementação estruturada de programas de simulação em serviço (**Apêndice R**), como estratégia de formação contínua e incentivo à sua prática regular.

Face ao exposto, considero que as atividades desenvolvidas evidenciam a consecução do objetivo definido para o SMUC - Capacitar a equipa de enfermagem para uma gestão eficaz de PCR, demonstrando a minha capacidade para planeamento, implementação e supervisão de projetos de melhoria.

Ainda no SUMC, mobilizei conhecimentos e habilidades, procurando garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da elaboração de um poster informativo sobre “Dispositivos de Imobilização e de Transferência no Trauma” (**Apêndice S**), que foi prontamente afixado na sala de emergência. Embora este serviço seja um SUMC, não apresentando valências específicas para dar resposta a um politraumatizado grave, recebe esporadicamente vítimas de trauma, destacando a relevância da formação da equipa para a responsabilidade de uma avaliação sistematizada, estabilização e identificação de potenciais lesões. Durante o meu EC, pude experienciar a receção na sala de emergência de uma vítima de trauma trazida pelos bombeiros, imobilizada em maca de vácuo, por queda accidental de um escadote de 3 metros. Nesta situação, a equipa reconheceu a sua inexperiência e défice de conhecimento na gestão de técnicas e dispositivos de imobilização e transferência, elegendo-me a enfermeira mais competente e detentora de maior conhecimento na área, para uma intervenção segura e de qualidade na abordagem sistematizada a esta vítima. Refletindo sobre a situação, considero que integrei a minha experiência profissional de 8 anos num SUG polivalente e mobilizei conhecimentos resultantes da minha participação em formações, incluindo o *International Trauma Life Support* (ITLS) (**Anexo A**)

Na VMER, na impossibilidade de implementar um programa de simulação face às limitações evidenciadas, elaborei um vídeo-póster intitulado “Simulação Clínica em PCR”, que foi partilhado pela coordenação a toda a equipa, através de correio eletrónico institucional. A decisão por esta metodologia deveu-se à dificuldade em reunir toda a

equipa para uma sessão formativa presencial, dado em cada turno estarem apenas presentes um enfermeiro e um médico. Atualmente, o poster (**Apêndice T**) encontra-se afixado na base da VMER, potenciando acessibilidade e difusão de evidência científica atual. Este material de apoio foi aceite positivamente, considerando-o útil e apelativo para evidenciar a importância da prática simulada no treino de equipas. Neste sentido, a atividade desenvolvida aliada a *debriefing* após situações de PCR, permitem evidenciar a concretização do objetivo delineado para a VMER - Sensibilizar a equipa para a importância da simulação clínica na gestão eficaz de PCR.

Acresce revelar que objetivo delineado na VMER - Identificar os principais condicionantes que influenciam a gestão da PCR no contexto PH - não foi cumprido na sua íntegra. A atividade inicialmente proposta para o desenvolvimento de um estudo intitulado de “Paragens Cardiorrespiratórias Extra-Hospitalares em 2024: Um Estudo Observacional Retrospectivo”, aguarda até ao momento um parecer positivo pela CES. Todavia, a minha observação participativa em PCR aliada às experiências da equipa foram alicerces fundamentais para aferir preliminarmente as principais condicionantes da PCR no PH e refletir sobre estratégias de resolução das mesmas.

No SMI, intervi como um agente de mudança, identificando oportunidades de melhoria e estabelecendo prioridades e estratégias para a sua resolução. Na inviabilidade de concretizar a revisão do protocolo, promovi a sensibilização da equipa de enfermagem, contribuindo para a implementação de práticas de qualidade, através da realização de uma apresentação assíncrona sobre a “A prevenção e Gestão do *Delirium* no SMI” (**Apêndice U**), permitindo acesso a informação atual e pertinente a toda a equipa. Ainda que esta revisão não se tenha concretizado, partilhei a informação cuidadosamente selecionada e apoiada em evidência científica recente e diretrizes atualizadas.

Continuando nesta linha de pensamento, aproveitei os momentos de mudança de turno, para reforçar a todos os enfermeiros a necessidade de formação em serviço sobre esta problemática, sugerindo uma monitorização sistematizada, através da qual o enfermeiro “é capaz de identificar focos de instabilidade e prever possíveis complicações.” ^(87 p.7) Sensibilizei para a utilização obrigatória de instrumentos validados na monitorização do *Delirium*, incluindo a escala CAM-ICU, procedendo à sua impressão e partilha com os enfermeiros, bem como sugeri a criação de um espaço obrigatório para documentação na folha de registos de enfermagem. Mais se recomenda, a constituição de uma equipa para o processo de auditorias periódicas para monitorização da qualidade do

serviço. Ainda neste contexto, elaborei um poster intitulado “O *Delirium* no SMI” (Apêndice V), posteriormente validado pela coordenação do serviço.

No final do EC foi realizado um convite para dinamização de uma sessão formativa presencial, evidenciando o reconhecimento da pertinência da temática. A sua realização estava prevista para o mês de dezembro, mas por questões logísticas aguarda novo agendamento de data para 2026, apresentando como público-alvo a equipa multidisciplinar. À luz do exposto, considero que as atividades desenvolvidas contribuíram para responder ao objetivo definido no SMI - *Sensibilizar a equipa para a importância da prevenção e gestão do Delirium.*

Pelo exposto, considero ter demonstrado a articulação entre as competências de mestre e o domínio da qualidade. A aprendizagem autónoma, aliada à mobilização e partilha de conhecimento, permitiu-me otimizar programas de melhoria contínua e dinamizar a implementação de práticas seguras e iniciativas estratégicas institucionais

III.3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados (C)

Competências comuns:²

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

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Competência de mestre:¹

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

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

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

Na prestação de cuidados especializados, a gestão dos cuidados constitui uma competência fundamental. O EE é responsável pela otimização e supervisão dos cuidados, bem como pela otimização do trabalho em equipa, visando a qualidade e continuidade dos cuidados.² No domínio da gestão, o EE deve demonstrar capacidade de liderança de equipas, sendo este conceito recentemente alvo de interesse de investigação, pelos seus resultados na qualidade e segurança. Ressalva-se que, liderar em enfermagem depreende exercer influência na tomada de decisão, priorização de cuidados e adequação de recursos às necessidades para promover ganhos em saúde.¹¹² Neste âmbito, tornou-se premente demonstrar a minha capacidade de compreensão para resolver problemas em situações novas e não familiares, integrando os meus conhecimentos para lidar com situações complexas e comunicando com clareza e sem ambiguidades as minhas decisões e raciocínio clínico subjacente, a especialistas e não especialistas.¹

No EC no SMUC, observou-se uma rotatividade significativa de enfermeiros, representando um desafio para a gestão de cuidados. Esta situação configura-se como uma transição organizacional, conforme descrito por Afaf Meleis, com repercussões significativas na dinâmica funcional do serviço, influenciando as dimensões qualitativas dos papéis de liderança e, inevitavelmente, os profissionais de saúde e a PSC.⁶⁴ A compreensão deste contexto, marcado por adaptação contínua e redefinição de responsabilidades para assegurar a excelência da enfermagem, evidencia a importância da função do CFT, cuja recomendação da OE é que sejam EE-EMC-PSC.⁷² Tal situação não se verifica devido ao insuficiente número de EE no serviço.

Na continuidade do referido, a minha SC era CFT, permitindo-me observar e participar em funções de gestão do serviço e, naturalmente, assumir uma intervenção de liderança na equipa. Nesta perspetiva, compreendi a importância de reconhecer os distintos papéis e nível de maturidade de todos os membros da equipa, de forma a adequar o estilo de liderança e obter a melhor resposta da equipa.² Embora existam diversos estilos de liderança, neste serviço, a gestão de cuidados materializou-se, maioritariamente, numa liderança transformacional, reconhecida na literatura como o modelo que melhor se enquadra no exercício de enfermagem.¹¹³ Na verdade, experienciei uma gestão centrada na inspiração e motivação dos pares, visão compartilhada, decisões democráticas e mobilização coletiva da equipa para objetivos estratégicos e organizacionais.¹¹³

Complementarmente, existiu a oportunidade de discussão de estratégias para uma gestão eficaz na coordenação de equipas, métodos de trabalho eficientes, adequação de

recursos humanos e materiais e nas funções burocráticas institucionais. Deste modo, participei na gestão de recursos humanos, incluindo alocação dos enfermeiros e TAS pelos diferentes setores do serviço e gestão dos seus horários de refeição e/ou outras pausas. Adicionalmente, participei na gestão organizacional através da mobilização destes recursos para outros sectores, promovendo uma gestão eficiente de recursos e organização de trabalho adaptados às necessidades e situações imprevistas (afluência acrescida, realização de transportes/transferências e gestão de sectores mais exigentes).

Além do referido, ainda no SMUC, intervi como mediador de conflitos e perspectivas divergentes no serviço, fomentando um ambiente saudável à prática. Por outro lado, participei como elo de ligação entre a equipa multidisciplinar, identificando os doentes com necessidade de internamento e gerindo as transferências intra e inter-hospitalares. Realizei, juntamente com a minha SC, acompanhamento contínuo das dinâmicas institucionais para supervisão dos cuidados prestados. Procurei, ainda, deter conhecimento geral dos doentes do SMUC, participando na elaboração do plano de cuidados para a transmissão de informação ao CFT do turno seguinte.

No que concerne aos materiais e equipamentos, realizei assiduamente a verificação de operacionalidade dos desfibriladores e ventiladores do serviço em todos os turnos da manhã. Solicitei aos serviços farmacêuticos reposição de medicação de *stock*, assim como medicação prescrita inexistente no *stock* do serviço, através do sistema informático. Realizei pedidos de reposição de material à TAS responsável pelo armazém do serviço e intervi na sensibilização da equipa para a importância de informarem sobre a eventual necessidade de reposição de material ou de reparação de equipamentos.

Neste SMUC, desenvolvi competências essenciais na gestão e liderança da equipa, apresentando como exemplo uma situação que considero de extrema relevância. A minha SC encontrava-se a coordenar o serviço quando dois doentes alocados em SO distintos apresentam, em simultâneo, sinais de instabilidade. Ambos os enfermeiros responsáveis pelos doentes careciam de apoio, dado a sua inexperiência profissional. Mediante a necessidade de intervenção emergente, a minha SC assumiu um doente e delegou que eu assumisse o outro. Esta decisão demonstrou reconhecimento pela minha competência clínica e confiança em mim para liderar e apoiar o elemento mais novo. Tratou-se de um doente com doença hepática crónica com hemorragia digestiva alta e instabilidade hemodinâmica, com necessidade imediata de VMI. De seguida procedi à sua transferência para o SMI, que decorreu sem intercorrências.

No SMI o meu SC não exercia funções de gestão de serviço. Em virtude da minha motivação em compreender a gestão dos cuidados de enfermagem neste contexto, procurei acompanhar pontualmente o CFT na execução de algumas tarefas, incluindo: implementação das dotações seguras com distribuição do rácio enfermeiro/PSC no início do turno; verificação e registo de estupefacientes; pedidos de material e de medicação à Farmácia Hospitalar; verificação de equipamentos e solicitação da sua reparação e participação na elaboração da folha diária de passagem de turno do CFT.

Tive a oportunidade de acompanhar o gestor de serviço, observando a realização dos horários mensais dos enfermeiros e TAS, bem como o processo de pedidos de trocas de turnos. Tal como referido, este SMI é constituído por uma equipa com diferentes níveis de diferenciação. Neste sentido, a escala de alocação dos enfermeiros pelas três salas é efetuada mensalmente pelo enfermeiro gestor e disponibilizada no horário laboral mensal. Ao ter em consideração o perfil de cada enfermeiro e as demais exigências da PSC, garante-se uma distribuição equilibrada e proporcional às necessidades do SMI.

Na VMER realizei turnos com diferentes enfermeiros, que exercem funções de gestão nos seus serviços hospitalares, permitindo uma visão alargada de diversos métodos de gestão e de liderança. Esta VMER assume 100% da operacionalidade da escala, observando-se um cuidado na realização das escalas médica e de enfermagem, realizadas pelos respetivos coordenadores. Neste EC, colaborei com o coordenador de enfermagem na elaboração da escala dos enfermeiros, tendo constatado a crescente preocupação por assegurar, imperativamente, a presença de um sénior por turno.

Neste contexto, é imperativo que a equipa da VMER cuide continuamente para que todos os princípios de segurança da equipa sejam cumpridos. Observa-se a obrigatoriedade de verificação e inspeção do veículo (pneus, luzes de emergência, travões, entre outros), representando uma função acrescida do condutor, neste caso o enfermeiro. A par desta realidade, todos os turnos da manhã, colaborei no preenchimento da ficha mecânica do veículo em sistema próprio. Qualquer anomalia verificada recomenda-se que seja de imediato reportada ao coordenador clínico da VMER. É importante estar consciente que anomalias no veículo podem comprometer o socorro às vítimas, assim como colocar em risco a vida da equipa durante o trajeto para a ocorrência.

De igual forma, a verificação do material e testagem dos equipamentos presentes no interior do veículo são essenciais para otimizar uma resposta eficiente no PH. Realizei

em todos os turnos esta verificação, sob supervisão do enfermeiro. Considero uma intervenção fundamental para assegurar que todo o material está operacional para ser utilizado em emergência, minimizando atrasos na intervenção e falhas de material. Por fim, mencionar que existem equipas responsáveis pela contabilização do material e pedidos de reposição ao Armazém Central e Farmácia Hospitalar. Para evitar indisponibilidade de material, realizei uma vez por semana a contabilização de todos os *stocks* de material e medicamentos, presentes no armazém da base da VMER.

A minha intervenção no domínio da gestão, proporcionou uma reflexão sobre o desperdício na saúde. É evidente o desperdício de material consumível e farmacológico nos diferentes serviços, podendo tal fenómeno justificar-se por pedidos de reposição de *stocks* em excesso; utilização de materiais inadequadamente ou materiais com qualidade questionável. Neste âmbito, o SNS vem operacionalizar medidas políticas para minimizar o desperdício, representando oportunidades para assegurar a eficiência e sustentabilidade nas instituições de saúde.¹¹⁴ Por outro lado, no âmbito da análise organizacional dos serviços, identificou-se uma dotação de EE inferior às recomendações da OE, situação que poderá constituir um fator comprometedor da qualidade, segurança e diferenciação dos cuidados à PSC. Esta realidade traduz desafios ao nível da supervisão clínica, da tomada de decisão e da implementação consistente de PBE. Como estratégia de gestão, sugere-se a promoção de políticas institucionais de incentivo à formação especializada.

Em síntese, a minha capacidade de liderança adequada ao nível de formação enquanto mestrande, em contextos alargados e multidisciplinares associada à integração de conhecimentos, tomada de decisão e resolução de situações complexas, permitem evidenciar a mobilização das competências de EE e de mestre, no domínio da gestão.

III.3.1.4. Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais (D)

Competencias comuns do EE:²

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica.

Competências de mestre:¹

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

-
- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
 - d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
 - e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.
-

O desenvolvimento profissional contínuo é uma componente essencial para garantir que o conhecimento e a prática correspondem às exigências contemporâneas e às melhores práticas.¹¹⁵ A prática reflexiva permite ao EE integrar o saber (epistemologia), o fazer (práxis) e o ser (ontologia) para um cuidado holístico e centrado na pessoa, potenciando o desenvolvimento de aprendizagens ao longo da vida.¹¹⁶ É importante reconhecer que para estabelecer relações humanizadas e compreender as necessidades do outro, é primordial uma introspeção e autoconsciência, enquanto pessoa e profissional.

No âmbito do domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, o processo de integração nos diferentes contextos constitui uma etapa decisiva, não apenas para a adaptação ao contexto institucional e às dinâmicas organizacionais, mas também para o processo de aprendizagem. A meu ver, enquanto mestrande, uma integração de excelência no EC é, sem dúvida, uma prioridade, permitindo uma integração consciente de conhecimento e evidência científica e o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, almejando uma prática especializada autónoma e fundamentada. Seguindo este pensamento e, constituindo-se o processo de integração como um objetivo específico de cada EC, reconheço que a minha experiência decorreu de forma gradual, dinâmica e interativa, numa procura incessante de alcançar o sucesso.

No SMUC, a minha integração decorreu de forma muito positiva, espontânea e assente numa relação de confiança, proximidade e partilha de experiências. Considero que a minha experiência prévia no SUG Polivalente contribuiu favoravelmente para a minha adaptação às exigências inerentes ao contexto. O culminar da convicção de ter conquistado com êxito este objetivo, foi no final do EC ter sido considerada um elemento efetivo da equipa multidisciplinar.

Por sua vez, embora inexperiente no contexto do PH, por trabalhar no SUG da mesma ULS e conhecer a maioria dos profissionais que integram a VMER, a minha integração foi, sem dúvida, a mais fácil de todos os EC. Para além do meu SC, realizei turnos com vários enfermeiros e médicos, observando dinâmicas de trabalho diferentes, mas igualmente competentes e importantes para a prática clínica. Cada elemento, através do auxílio, colaboração e relacionamento profissional, foi uma peça facilitadora para o sucesso da minha integração e aprendizagem científica, técnica e ética no cuidado à PSC.

Considerando a minha inexperiência prévia no SMI aliada a numerosa tecnologia com a qual não estava familiarizada, a minha integração neste contexto revelou-se a mais exigente. As dificuldades foram superadas com investimento autónomo, dedicação e motivação para a aprendizagem, algo que foi reconhecido pela equipa ao expressarem interesse na minha inclusão futura no serviço. A resiliência e a adoção de estratégias de *coping* foram fundamentais na resolução de antagonias e gestão de idiossincrasias.

Ser novamente estudante, desafia-nos a sair da nossa zona de conforto, colocando-nos à prova e, por vezes, em situações de vulnerabilidade. Reconhecendo que o autoconhecimento e o cuidado são dois conceitos indissociáveis para assegurar a excelência em enfermagem, nos EC identifiquei as minhas competências, mas acima de tudo as minhas emoções, limitações e necessidades formativas, refletindo sobre como estas interferem na tomada de decisão e no cuidado ao outro e intervindo na sua resolução.

Além do exposto, numa procura constante de crescimento pessoal e profissional, assumi uma intervenção proativa na aquisição e atualização de conhecimento, fazendo de cada experiência uma oportunidade de aprendizagem. Para tal, assumiu particular pertinência, a capacidade de refletir criticamente sobre a prática, revelando-se fundamental a realização de reflexões de Ciclo de *Gibbs* (**Apêndices W e X**), a par de momentos de partilha com o SP, SC, PSC e sua família. Tal prática, promove uma análise crítica, consciente e fundamentada das intervenções de enfermagem.

A intenção de construir o meu conhecimento, articulando a teoria com a prática, permitiu-me fundamentar todas as minhas intervenções em evidência científica, com recurso à PBE. Reconhecida como um padrão para a tomada de decisão, permite avaliar a qualidade e a relevância da pesquisa científica, assegurando que os enfermeiros selecionem intervenções mais eficazes e seguras, atendendo à sua experiência profissional e às preferências da pessoa.¹¹⁷

Ainda neste domínio, expressei opiniões, necessidades e preocupações de forma assertiva e respeitosa, envolvendo-me em processos de tomada de decisão. Ora, enquanto futura EE, todas as minhas decisões foram apoiadas em conhecimento atual e validado, assumindo-me como um agente facilitador de aprendizagem dos pares.² Para tal, empenhei-me para identificar as necessidades formativas de cada serviço, sensibilizando para a integração das melhores práticas no contexto clínico e de protocolos institucionais atualizados em evidência científica. Para além da partilha de pesquisa cuidadosamente selecionada e recente, dinamizaram-se formações em serviço nos contextos de SMUC, SMI e VMER, já mencionadas neste relatório, contribuindo para demonstrar a minha capacidade de comunicação a especialistas e não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.¹ Globalmente, as atividades desenvolvidas coadunam-se com a integração de conhecimentos, permitindo uma aprendizagem ao longo da vida.

Acresce, ainda, a participação em diversas ações de formação externas, promotoras do meu desenvolvimento profissional contínuo. Neste âmbito, destaca-se a participação no 4º Congresso Internacional "O Cuidado Centrado No Cliente e Nos Padrões De Qualidade" promovido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (**Anexo B**) e no 2.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da EESCV de Lisboa. (**Anexo C**) Refere-se, igualmente, a participação em sessões de formação desenvolvidas pelo SUG da ULS de Lisboa Ocidental sobre "Avaliação da Deglutição" (**Anexo D**) e "Cateter Venoso Central" (**Anexo E**). Complementarmente, destaca-se a realização da Unidade Curricular "Introdução à Simulação em Saúde" na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (**Anexo F**) e a realização do Curso de Simulação em Saúde da ESSCV de Lisboa. (**Anexo G**)

Importa ainda ressaltar que ao longo deste percurso académico, atuei como agente dinamizador no campo de investigação, contribuindo para aquisição e disseminação de novos conhecimentos e de uma prática clínica especializada apoiada em evidência científica.² Destaca-se a realização de uma revisão de *scoping* intitulada "Contributos da Simulação para as Equipas de Enfermagem no Contexto de Doente Crítico", cujo resumo se encontra disponível em **Apêndice Y**. Noutra perspetiva, entre as comunicações livres incluem-se a apresentação de "Boas práticas na prevenção da infeção relacionada com o Cateter Venoso Periférico: prevenção de complicações", no 4º Congresso Internacional "O Cuidado Centrado No Cliente e Nos Padrões De Qualidade", ministrado pela ESEL (**Anexo H**) e "Contributos da Simulação Clínica em PCR para o Desenvolvimento de

Competências das equipas de emergência", no 2º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, promovido pela EESCVP de Lisboa (**Anexo I**). Além do referido, destacam-se as apresentações de pósteres científicos "*Artificial Intelligence in Healthcare: Ethical Challenges and Innovations in Nursing*", no 4.º Webinar Nacional e 2.º Webinar Internacional subordinado ao tema "Enfermagem e Inteligência Artificial: Desafios e Oportunidades", ministrado pela ESEL (**Anexo J**) e "Simulação Clínica em PCR para o desenvolvimento de competências em emergência", no V Congresso Internacional *Critical Care* da CESPU. (**Anexo K**)

Face ao referido, as experiências e atividades desenvolvidas consubstanciam a articulação entre as competências de EE e de mestre no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao demonstrar o desenvolvimento do autoconhecimento, pensamento crítico, disseminação científica e uma tomada de decisão apoiada numa PBE

III.3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

Face à vasta abrangência da especialidade em EMC e às exigências inerentes à prestação de cuidados especializados em diferentes contextos de atuação, a OE identifica a necessidade de definir competências específicas do EE, adaptadas ao público-alvo e ao contexto de intervenção.³ Presentes no Regulamento nº429/2018, as competências específicas do EE-EMC-PSC centram-se em: 1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; 2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e 3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.³ Em conformidade com os pressupostos supracitados, de seguida apresenta-se a descrição e análise reflexiva das atividades consideradas mais relevantes para responder a cada domínio de intervenção das competências do EE, articulando-as com as competências de mestre em enfermagem.

III.3.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas exigidas à PSC e à sua família, o EE-EMC-PSC é responsável por mobilizar conhecimentos e competências para uma resposta atempada e holística.³ Em contexto de urgência e emergência, reconhece que a PSC experiencia múltiplos processos de transição, caracterizados por dependência de tecnologias e de terceiros, associados à perda de autonomia nas dimensões física, psicológica ou intelectual. A incerteza e vulnerabilidade inerentes à sua condição clínica exigem a redefinição constante de papéis e expectativas. Deste modo, ao mobilizar terapêuticas de enfermagem, o EE-EMC-PSC promove e restaura dimensões de saúde individual, familiar e organizacional, auxiliando na compreensão da situação clínica, na adaptação às mudanças impostas pela doença e na reorganização de papéis, promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.⁶⁴

No âmbito da prestação de cuidados à PSC e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, em todos os EC foi premente a minha preocupação na intervenção e resposta a focos de instabilidade. Para tal, orientei a minha prática na abordagem à PSC através de uma avaliação sistematizada de acordo com a metodologia ABCDE (*airway, breathing, circulation, disability, exposure*), reconhecida com uma ferramenta essencial para identificar sinais precoces de deterioração clínica e tratá-los de acordo com a prioridade definida facilitando uma resposta eficaz e precoce.¹¹⁸

Todos os EC constituíram valiosas oportunidades de aprendizagem para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente integrado nas diversas Vias Verdes (VV) - AVC, Trauma, Sepsis, Coronária, PCR, sendo possível garantir eficazmente a administração de protocolos terapêuticos complexos. Prestei cuidados diferenciados à pessoa submetida a VMI, VMNI e técnicas de substituição renal; situações de cardioversão elétrica, estimulação cardíaca transcutânea e monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva com linha arterial. A monitorização e avaliação, bem como a administração de medidas farmacológicas específicas para a estabilidade hemodinâmica dos doentes foram, sem dúvida, uma constante diária. Nesta linha de pensamento, destaco uma situação na triagem do SMUC de um senhor de 55 anos, que se deslocou pelos próprios meios, com quadro de 1 hora de evolução de dor torácica

opressiva intensa, com irradiação para o membro superior esquerdo. Nesta situação identifiquei prontamente o foco de instabilidade através da queixa manifestada e da observação de sinais como palidez, bradicardia e sudorese, respondendo de forma pronta e antecipatória ao ativar a VV coronária, solicitar um ECG e encaminhar o doente para a sala de emergência. Assumi particular relevância a monitorização com elétrodos multifunções, na medida em que a deteção de alterações eletrocardiográficas com sinais de instabilidade hemodinâmica traduz-se num risco acrescido de PCR.¹¹⁹ Após confirmação de diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, executei cuidados de alta complexidade ao administrar analgesia para controlo da dor (2 mg de morfina endovenosa), protocolo terapêutico com dupla antiagregação plaquetária (250 mg de Ácido Acetilsalicílico e 600 mg de clopidogrel), anticoagulação (5000 UI de heparina não fracionada) e transferência inter-hospitalar para sala de hemodinâmica para realização de intervenção coronária percutânea.

No âmbito do mestrado foi possível realizar com êxito cursos com creditação internacional, nomeadamente o *Advanced Cardiovascular Life Support (Anexo)* e o ITLS, contribuindo para a consolidação de conhecimentos e habilidades em SAV e Trauma.³ Neste enquadramento, a aplicação destes conhecimentos foi evidente em contexto da VMER, nomeadamente numa situação de PCR presenciada numa senhora de 51 anos, com SBV realizado pelos familiares. À chegada ao local, a avaliação da situação exigiu uma tomada de decisão precoce, com início imediato do algoritmo de SAV. Perante uma assistolia refratária a todas as intervenções infrutíferas de RCP após 20 minutos, contactou-se o CODU para validação de ativação de VV PCR/ECPR, para possível candidata a dador coração parado, sendo esta aceite. O transporte seguro em manobras de reanimação com dispositivo de compressões externas aliado à gestão de protocolos terapêuticos complexos (adrenalina EV) constituíram-se uma prioridade, tendo a mesma sido entregue em tempo útil num hospital central de Lisboa para continuidade de cuidados. Nesta situação, foi possível compreender a importância da correta aplicação do protocolo ECPR, nomeadamente no cumprimento rigoroso de critérios de seleção de candidatos devidamente definidos, tempos de intervenção e localizações específicas.¹²⁰

Complementariamente, no SMUC, demonstrei conhecimentos perante uma situação de morte cerebral, ao prestar cuidados a senhora de 50 anos que iniciou quadro de cefaleia súbita com posterior PCR. Foi trazida pela VMER sob VMI, com retorno da

circulação espontânea, mas em midríase fixa. Mediante uma hemorragia subaracnoideia extensa, foi identificada como potencial dador de córneas. Nesta situação, intervi de acordo com os protocolos institucionais vigentes, assegurando cuidados específicos de preservação ocular (hidratação ocular). Adicionalmente, no SMI a prestação de cuidados a uma jovem de 21 anos em situação de morte cerebral constituiu uma oportunidade de consolidação desta competência, nomeadamente na manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos, visando a preservação da perfusão e a viabilidade dos órgãos.

Nestas situações específicas, cujos prognósticos são desfavoráveis, a família apresenta-se particularmente vulnerável perante as transições, sendo o apoio, emocional e informativo, uma prioridade na intervenção do EE-EMC-PSC. Tais situações, exigiram a mobilização de estratégias de apoio, ambiente saudável e comunicação clara para a facilitação da adaptação às mudanças do contexto clínico. A comunicação com a família revelou-se uma extensão do cuidado à PSC, sendo um aspeto desafiante na intervenção. A procura por palavras certas, sem criar falsas expectativas, constituiu um momento frágil do cuidado, pelo que a aplicação do protocolo SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Explore emotions, Strategy and summary*) em ambiente privado e calmo, se assumiu como uma ferramenta preponderante para apoiar a comunicação de más notícias em momentos de elevada vulnerabilidade, assim como no processo de luto. Seguindo este pensamento, a análise dos EC evidenciou diferenças organizacionais no que concerne à transmissão de más notícias. No SMUC observou-se a inexistência de uma sala específica, recorrendo-se frequentemente a espaços improvisados, o que pode comprometer a privacidade, comunicação terapêutica e humanização dos cuidados. Tal prática constitui uma oportunidade de melhoria, pelo que considere premente propor a implementação de um espaço específico para esse fim. Em contraste, no SMI existe uma sala destinada à família, traduzindo-se numa boa prática de cuidados humanizados.

Ainda sobre esta competência, a comunicação com a PSC assume particular importância no estabelecimento de relações terapêuticas, não devendo ser negligenciada embora frequentemente condicionada pela instabilidade hemodinâmica, sedação e presença de dispositivos invasivos. À luz da Teoria das Transições, a comunicação emerge como um veículo privilegiado nos processos de transição, através da qual a pessoa constrói e atribui significados à experiência vivida.⁶⁴ Neste enquadramento, no âmbito da gestão da comunicação interpessoal, destaca-se como exemplo a prestação de cuidados no SMI a uma jovem de 30 anos, ventilada orotraquealmente, que comunicava não

verbalmente, com recurso a uma folha e caneta. Esta experiência reforçou a importância da utilização de estratégias de comunicação verbal e não verbal adaptadas às necessidades da PSC, potenciando uma participação ativa na humanização de cuidados.

Considerando a dor como um evento subjetivo de complexa quantificação e qualificação, a sua avaliação realizou-se através da identificação de evidências fisiológicas, comportamentais e emocionais de mal-estar.^{3,121} Ainda sob essa perspetiva, visando a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor,³ releva-se a utilização de escalas validadas, nomeadamente Escala Visual Analógica e Escala Numérica em doentes orientados, capazes de responder. No SMI, a PSC encontra-se por vezes sob sedação profunda, não conseguindo comunicar e expressar emoções,¹²² pelo que se utilizou de forma sistematizada a *Behavioural Pain Scale (BPS)*. Complementarmente, utilizou-se a *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)* para a avaliação do grau de sedação, na medida em que a sedação influencia a expressão comportamental da dor. Nos EC, sempre que aplicável, consideraram-se os conhecimentos em medidas não farmacológicas para o alívio da dor,³ incluindo a alternância de posicionamento, aplicação de calor ou frio e técnicas de respiração, bem como a promoção de um ambiente saudável, com atenção à diminuição dos ruídos e alarmes dos monitores.

III.3.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Muito se discute atualmente sobre o aumento exponencial de acontecimentos trágicos, grandes catástrofes e situações de crise a nível mundial, com impacto significativo na vida das populações, quer no presente, quer na forma como pensam e viverão o futuro.¹²³ De acordo com o artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil, catástrofe consiste em “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.^(124 p.4696) No que concerne ao território nacional são mais frequentes situações de exceção, observando-se momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis.³

Quando transpostos para a área da saúde, estes cenários de emergência, exceção e catástrofe diferem em gravidade, exigindo reflexão crítica sobre as demais repercussões sobre as instituições de saúde, podendo representar transições abruptas para a PSC, família e profissionais de saúde. A ocorrência destes eventos catastróficos, pela sua natureza imprevisível e inesperada, pode resultar numa emergência multivítimas com elevada procura de cuidados de saúde e, inevitavelmente, sobrecarga dos SUG hospitalares.¹²³

A par desta realidade, a preparação e resiliência para estas ocorrências, assume-se como uma premissa imprescindível, enfatizando a intervenção ativa e preponderante do EE-EMC-PSC. Ao conceber, planear e gerir uma resposta sistematizada, eficaz e eficiente, sem negligenciar vestígios de indícios de crime,³ a competência do EE materializa-se na prática como facilitadora de transições seguras e adaptativas, alinhando-se aos pressupostos da Teoria das Transições de *Afaf Meleis*.⁶⁴ Complementariamente, o EE mobiliza fatores facilitadores de transição, proporcionando cuidados adequados assentes em recentes orientações científicas e numa tomada de decisão baseada em evidência.³ Nesta linha de pensamento, ressalvam-se os oito domínios de competências essenciais em enfermagem de catástrofe, definidas pelo *International Council of Nurses*, nomeadamente: preparação e planeamento, comunicação, gestão de incidentes; segurança, avaliação, intervenção, recuperação, direito e ética.¹²⁵

Não obstante, importa ressalvar que no decurso dos EC não se verificaram quaisquer incidentes de catástrofe nem de emergência multivítimas, reconhecendo que a compreensão teórica, por si só, não é suficiente para consolidar esta competência. Para tal, considerei relevante familiarizar-me com os planos de emergência e catástrofe, cuja elaboração emerge da recomendação da DGS, ao considerá-los ferramentas de reforço de avaliação das instituições a uma situação de crise, com regras ou normas de atuação.¹²⁶ A consulta destes planos permitiu-me compreender a necessidade de um planeamento estratégico, assente na priorização de reestruturação organizacional, gestão criteriosa de recursos humanos e materiais e uma intervenção multidisciplinar coordenada.

Preconiza-se que cada SU detenha um plano de catástrofe/contingência, que incluía a resposta a situações multivítimas e que seja do conhecimento de todos os profissionais de saúde.¹²⁷ Neste âmbito, no SMUC, consultei os planos de emergência externo e interno do serviço, intervindo na identificação de medidas corretivas das inconformidades de atuação,³ ao constatar que os mesmos careciam de revisão, favorecendo de pequenos ajustes dada a reestruturação do serviço, mediante orientações

nacionais vigentes. Além do exposto, ao reconhecer a importância de atualização periódica dos planos, releva-se a reflexão com a minha SC sobre os princípios, prioridades de atuação e organização da resposta em situação de catástrofe. Assumi, assim, particular relevância difundir os planos de emergência pela equipa de enfermagem, promovendo a capacitação dos pares na resposta a cenários desta magnitude. Para adequar a resposta na implementação destes planos, face a situações de emergência ou catástrofe, torna-se essencial que cada profissional de saúde, incluindo o enfermeiro, identifique o seu papel e intervenção, além de competências e conhecimentos adequados.¹²⁸

Adicionalmente, tive a oportunidade de visualizar um pequeno vídeo do último simulacro realizado no hospital, permitindo observar a aplicabilidade do plano de emergência vigente e a articulação entre várias entidades. Na continuidade do referido e, procurando assegurar periodicamente o treino e/ou exercício de ativação do plano de emergência,³ sensibilizei a equipa para a conscientização de que os planos devem ser testados e atestados com regularidade. A simulação permitirá identificar atempadamente limitações e lacunas suscetíveis de melhoria, mitigando possíveis danos de atuação em cenários reais de catástrofe. Ainda no SMUC, o gestor do serviço elucidou-me para a temática, mostrando o kit de triagem multivítimas, bem como a sala onde consta armazenado o material e equipamentos para a resposta a situações de exceção/catástrofe.

Neste âmbito da especialidade, no SMI debruçei-me em consultar os planos de evacuação hospitalar, definido na literatura como uma transferência temporária para locais seguros antes, durante e após um evento perigoso, potenciando a segurança das pessoas.¹²⁸ A condição clínica da PSC, cuja mobilidade é reduzida ou inexistente, na maioria sob VMI, permitiu evidenciar um processo especialmente desafiante. Esta situação fez-me refletir criticamente sobre a intervenção do EE-EMC-PSC na priorização na triagem de evacuação, vulnerabilidade da localização geográfica do serviço; adequação de recursos humanos e equipamentos, e circuitos preconizados na transferência intra-hospitalar para os serviços de internamento e BO. Também neste contexto, difundi ativamente os planos de evacuação, desconhecidos para alguns enfermeiros, sensibilizando a equipa de enfermagem para a necessidade de simulações periódicas. O EE-EMC-PSC deverá assumir um papel dinamizador e participação ativa na elaboração e revisão de planos de emergência, bem como na sua difusão e avaliação.

Já na VMER, contactei com o kit de triagem primária multivítimas, preconizado pelo INEM, presente no veículo. Sob outra perspetiva, em contexto do PH, demonstrei

conhecimentos na utilização de comunicações de emergência,³ ao participar nas comunicações via rádio com o CODU.

Ainda sobre esta competência específica do EE-EMC-PSC, tanto no PH como no SMUC, assegurei a eficiência dos cuidados prestados, preservando os vestígios de indícios de prática de crime. Durante o EC do SMUC, experienciei a abordagem na sala de emergência a uma jovem de 25 anos alegadamente vítima de agressão sexual. Esta situação, analisada à luz da Teoria das Transições de *Afaf Melis*, pode traduzir-se num processo de transição situacional e de saúde-doença, cuja integridade física, emocional e social da jovem foi comprometida inesperadamente. Enquanto futura EE, diagnostiquei precocemente uma situação de prática de crime semipúblico, exigindo a queixa da vítima para iniciar o processo. Procurei intervir como elemento facilitador nesta transição, compreendendo verdadeiramente que a minha intervenção vai além da estabilização clínica da jovem. Foi premente articular com entidades da autoridade, prestar apoio emocional, salvaguardar a preservação de vestígios e provas e transferir a jovem para a urgência de ginecologia para colheita de vestígios forenses por equipa especializada da Medicina Legal e Forense. Neste contexto, fez-se imprescindível a remoção das roupas, evitando comprometer vestígios biológicos, nomeadamente higiene precoce e manipulação excessiva, e assegurei que todas as provas recolhidas fossem guardadas de forma individual em envelope/sacos de papel existentes no serviço e entregues à Polícia Judiciária, salvaguardando a Cadeia de Custódia.

Adicionalmente, na VMER, fui ativada para uma ocorrência de PCR não presenciada num senhor de 55 anos, encontrado pela esposa à porta da sua moradia, sem vestuário da cintura para baixo. À chegada da equipa ao local, verificou-se um cadáver, sem indicação para manobras de reanimação. Desconhecendo-se o contexto e reconhecendo algumas irregularidades e incongruências no discurso dos vizinhos, o caso foi encaminhando para as autoridades competentes. Por outro lado, foi notório o sofrimento e angústia da esposa, pelo que se ativaram organismos vocacionados no apoio à vítima, nomeadamente o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM que mobilizou uma Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência, através da presença de um psicólogo clínico no local. Nesta situação, preservei eventuais vestígios de crime, ao minimizar o contacto com a vítima e seus objetos e/ou valores e procurei estabelecer uma relação terapêutica com estratégias facilitadoras dos processos

de luto, incluindo o afastamento temporário da familiar para uma área mais reservada, comunicação terapêutica, presença e escuta ativa.

Por último, a minha participação numa ação de formação Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico (NRBQ), desenvolvida no Regimento de Sapadores dos Bombeiros de Lisboa no decurso do mestrado, foi um instrumento fundamental de aproximação prática à realidade de um evento específico de catástrofe. Esta formação permitiu refletir sobre realizar triagem primária, salvaguardar condições de segurança para a equipa e doentes, utilizando equipamentos de proteção individual (EPI) necessários; adequar resposta em situação de trauma químico, biológico ou radiológico e assegurar meios de evacuação e transporte seguros. Embora se tratasse de um cenário simulado, permitiu-me definir prioridades de atuação e sistematização de intervenções, participar na coordenação da equipa pluridisciplinar e gerir comunicações de emergência mediante a evolução da situação de emergência ou catástrofe³

Em suma, as aprendizagens adquiridas na UC de Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe e as experiências vivenciadas nos respetivos EC, a par da integração de conhecimento científico, assumiram-se como alicerces essenciais para a consolidação desta competência especializada e para o desenvolvimento das competências de Mestre.

III.3.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e a resistência a antimicrobianos (RAM) suscitam, atualmente, motivo de profunda preocupação em saúde, a nível nacional e internacional.²⁹ As IACS potenciam o aumento da morbimortalidade, tempo de internamento prolongado, custos em saúde mais elevados e aumento da RAM, decorrente de uma maior utilização de antibioterapia.¹²⁹

Face à realidade vivenciada nos diferentes contextos de prestação de cuidados, as IACS representam um problema com impacto significativo na segurança em saúde.²⁹ Correlacionando a Teoria das Transições, desencadeiam processos complexos de transição saúde-doença na PSC, caracterizados frequentemente por agravamento clínico

e aumento da vulnerabilidade, assim como processos de transição organizacional nas instituições de saúde, que exigem a implementação contínua de práticas baseadas na evidência, organização de recursos e políticas de segurança e qualidade dos cuidados. O EE-EMC-PSC ao intervir na antecipação do risco, implementação de estratégias preventivas e respostas adaptativas visa reduzir a vulnerabilidade da PSC e promover a sua segurança, bem como apoiar as pessoas e as instituições de saúde a alcançarem transições saudáveis.⁶⁴ Assume uma intervenção crucial como facilitador de processos de transição, ao intervir eficazmente na prevenção, controlo de infeção e RAM.³

Nesta linha de pensamento, como futura EE-EMC-PSC, demonstrei conhecimento do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), assumindo uma intervenção preponderante na sua difusão, implementação e supervisão. Para tal, revelou-se essencial que a médica coordenadora da VMER desempenhasse simultaneamente funções de coordenação do PPCIRA hospitalar da ULS, constituindo-se um elemento facilitador na aprendizagem das áreas de atuação. Revelou-se particularmente útil a discussão de programas de vigilância epidemiológica, a compreensão de princípios, estratégias institucionais e desafios associados à implementação de programas de prevenção e controlo de IACS nos serviços hospitalares.

Numa procura constante da excelência dos cuidados e melhor compreensão da temática, adequiei as minhas intervenções mediante diretivas vigentes de precauções básicas do controlo de infeção. Face às especificidades de cada contexto, reconheço que a utilização destas medidas nem sempre é linear, pelo que considerei pertinente compreender em cada EC a dinâmica organizacional na área da prevenção e controlo das IACS, através da consulta rigorosa de instruções de trabalho e protocolos instituídos.

A complexidade dos cuidados a par da elevada rotatividade e superlotação de doentes no SMUC, bem como a limitação de recursos no PH, constituíram um desafio ao cumprimento de medidas de prevenção e controlo de IACS. Em contraste, no SMI denota-se um ambiente calmo e controlado, propício para assegurar uma estruturação de programa de controlo de infeção, assentes em precauções simples bem delineadas e comprovadamente eficazes.²⁹ Destaco no SMI a implementação de medidas simples demonstrativas do compromisso institucional para uma cultura de segurança no que concerne às IACS, nomeadamente a existência de um cartaz informativo facilmente visível à entrada do serviço que reforça a obrigatoriedade do uso de máscara, bem como a disposição de EPI, que promovem a sua adesão pelos profissionais de saúde e visitas.

Durante os EC, prestei cuidados de enfermagem a doentes isolados com diferentes agentes infecciosos, incluindo vírus respiratórios (Influenza A e B, SARS CoV-2 e VSR) e bactérias como *Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria meningitidis* e *Clostridioides difficile*. Perante este cenário, revelou-se crucial a seleção adequada de EPI (luvas, máscaras, batas, aventais) face ao contacto previsto e às vias de transmissão.

A alocação de doentes com risco de transmissão cruzada ou confirmação de infeção foi uma preocupação no decurso dos EC. No SMUC e no SMI procurei colocá-los em quartos de isolamento individuais, o que nem sempre foi exequível devido a limitações estruturais dos serviços (número reduzido de quartos). Mediante estas limitações, esforcei-me para adotar, sempre que possível, outras medidas preventivas, incluindo: a mobilização para zonas mais distantes de portas de entrada e/ou zonas de circulação, respeitando um distanciamento aceitável. De salientar ainda que, minimizei deslocações desnecessárias dos doentes dentro dos serviços e entre serviços hospitalares. No PH, proceder ao isolamento destes doentes é um processo complexo, pelo que as medidas instituídas durante a sua estabilização e transporte foram: utilização de máscara e luvas pelos profissionais de saúde e colocação de máscara ao doente.

Os cinco momentos de higienização das mãos preconizados na norma n.º 007/2019 emanada pela DGS, assumiu primordial importância em todos os EC. No SMUC e SMI, procurei sistematicamente realizar a correta lavagem e desinfeção das mãos após risco de exposição a fluídos orgânicos e antes e após qualquer procedimento limpo ou asséptico e/ou contacto com o doente. Apesar de reconhecer algumas limitações logísticas da VMER, nomeadamente ausência de lavatórios e de água corrente, realizei sempre a fricção com solução antisséptica de base alcoólica, reconhecendo que esta prática não substitui a lavagem das mãos na presença de sujidade visível.¹³⁰

Em todos os EC demonstrei “conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da PSC (...)”, ^(3 p.19364) sendo basilar a minha preocupação pela descontaminação do equipamento clínico para evitar a transmissão cruzada de microrganismos. Para tal, na VMER procedi à higienização e desinfeção dos materiais e equipamentos após cada utilização, de acordo com as recomendações do fabricante e participei por várias vezes na atividade semanal de higienização minuciosa das malas médicas. Em contrapartida, tanto no SMUC como no SMI, o responsável pelo procedimento de descontaminação dos equipamentos é o TAS, pelo que participei regularmente na delegação e supervisão desta tarefa, garantindo

o cumprimento de boas práticas para minimização do risco de IACS. De forma a assegurar o controlo ambiental, supervisionei sempre que possível os métodos de limpeza e descontaminação de superfícies pelos auxiliares de limpeza hospitalar.

Ainda sobre esta competência específica do EE-EMC-PSC, destacam-se as intervenções implementadas no cumprimento dos quatro “Feixes de Intervenções”. Durante a prestação de cuidados, particularmente no SMI, implementei medidas orientadas para a prevenção de infeção da corrente sanguínea relacionada com o Cateter Venoso Central (CVC), em consonância com as orientações emanadas pela norma n.º 022/2015 da DGS, atualizada a 29/08/2022. Estas medidas integraram: a preparação assética do material para inserção do CVC; higienização das mãos antes da sua manipulação; descontaminação dos pontos de acesso com antisséptico e utilização de técnica assética durante a realização do penso.¹³¹

Adicionalmente, na PSC sob VMI, destaco a implementação integrada de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Em conformidade com a norma n.º 021/2015 da DGS, atualizada a 17/11/2022, participei na monitorização e titulação da sedação ligeira, colaborei diariamente nas provas de ventilação espontânea a doentes passíveis de extubação; assegurei a elevação da cabeceira a aproximadamente 30º; a higienização oral pelo menos 3 vezes por dia com solução de octenidina; e a monitorização da pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O.¹³²

Paralelamente, em conformidade com a norma n.º 019/2015 da DGS, atualizada a 29/08/2022, foram implementadas medidas para a prevenção de infeção associada ao cateter vesical (CV), incluindo: validação da necessidade do procedimento; utilização da técnica asséptica na inserção; manutenção de um sistema de drenagem em circuito fechado e avaliação diária da possibilidade de remoção do CV.¹³³ Além do referido, no SMUC e no SMI, implementei de forma integrada intervenções no âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico, na fase pré-operatória, incluindo a realização de banho com clorexidina e a administração de profilaxia antibiótica sempre que prescrita, em consonância com a norma n.º 020/2015 da DGS, atualizada a 17/11/2022.¹³⁴

Ainda no domínio da implementação dos feixes de intervenções, saliento a existência de kits padronizados para procedimentos (CVC, linha arterial e CV) no SMI, estratégia que confere uniformização de procedimentos invasivos, minimização da manipulação do material e, inevitavelmente, a redução da incidência das IACS.

No contexto da especialidade e mestrado, sublinho a importância das aprendizagens adquiridas na UC de Segurança do doente e prevenção e controlo das IACS, que culminaram numa revisão integrativa da literatura intitulada “Boas práticas na prevenção da infeção associada ao CVP” publicada na revista *Salutis Scientia*, volume 17, novembro de 2025 (resumo em **Apêndice Z**, disponível na íntegra em: <https://salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=32761>). Neste enquadramento, foram fornecidos subsídios teóricos essenciais para a prática dos EC, sublinhando a minha intervenção na adoção de práticas seguras para a prevenção de infeção da corrente sanguínea associada ao CVP, durante a sua inserção, manutenção e remoção. Estas medidas incluíram: higienização das mãos, seleção do local de inserção e calibre, solução antisséptica para preparação da pele, técnica *no-touch*, utilização de garrotes descartáveis e utilização de pensos impermeáveis para fixação e proteção.

Numa outra perspetiva, o aumento da RAM deve-se a uma utilização incorreta, inconsciente e excessiva de antibióticos,¹³⁵ constituindo-se um grave problema de saúde pública.²⁹ Embora mais evidente no SMUC, a necessidade de sensibilizar as pessoas para uma utilização racional e consciente dos antibióticos foi transversal em todos os EC, salientando a educação para uma utilização de antibióticos apenas quando prescritos e o cumprimento correto de todas as tomas, conforme a prescrição médica. Acresce que, tanto no SMUC como no SMI, executei a colheita de culturas, visando a identificação de agentes patogénicos e seleção do antibiótico adequado à situação clínica.

No contexto da prevenção e controlo das IACS, a suplementação preventiva de papéis, conforme proposto por *Afaf Meleis*, assume particular relevância. Este processo preconiza a compreensão dos comportamentos esperados, dos sentimentos e objetivos adequados ao papel, assim como dos custos e recompensas antecipados, incluindo o reforço positivo ou negativo proporcionado por pessoas significativas.²⁹ Nesta linha de pensamento, enquanto futura EE-EMC-PSC, fez-se imprescindível a sensibilização dos pares, PSC e sua família, para a adoção de práticas seguras de prevenção e controlo das IACS. Em todos os EC, colaborei na educação e supervisão de medidas preventivas validadas em evidência científica, assim como no aumento da literacia em saúde da pessoa e família durante as visitas, fomentando a adesão a práticas seguras, incluindo: higienização das mãos, utilização adequada de EPI, etiqueta respiratória, entre outros.

IV. Considerações Finais

O presente relatório revelou-se um valioso instrumento reflexivo de todo o meu percurso desenvolvido no CMEMC na área de especialização em Enfermagem à PSC, particularmente no período do EC, constituindo-se um momento preponderante de aprendizagem contínua, através da integração de experiências enriquecedoras, aprendizagens, conhecimentos teóricos e competências essenciais para uma intervenção segura e de qualidade em contextos de elevada complexidade. Além do saber técnico-científico adquirido no decurso deste percurso, demonstrou-se transversal o desenvolvimento da empatia, comunicação eficaz, respeito pela dignidade e direitos humanos da PSC e família, destacando o compromisso com a humanização dos cuidados.

A contínua articulação entre a teoria, a prática e a investigação constituiu-se um princípio fundamental na promoção de intervenções consistentes alinhadas a padrões de qualidade e segurança e evidência científica atual, premissas essenciais para a enfermagem especializada. Ora, a análise reflexiva de todo o percurso de atividades desenvolvidas nos EC demonstrou a superação dos objetivos previamente definidos, com destaque para a consolidação do perfil de competências do EE e de mestre, refletindo a construção da enfermagem numa prática consciente, autónoma, reflexiva e fundamentada, comprometida com a excelência de cuidados à PSC e sua família.

A adoção da simulação clínica como metodologia formativa assumiu-se preponderante para uma prática especializada, traduzindo-se numa ponte entre a teoria e a prática, um importante catalisador para a qualidade e segurança dos cuidados prestados e, sem dúvida, um motor de inovação pedagógico e clínico. A aplicação prática do projeto de simulação no EC do SMUC promoveu a capacitação da equipa de enfermagem, com impacto favorável na gestão eficaz de PCR e nos *outcomes* dos doentes. Embora os resultados a curto prazo tenham sido objetivamente positivos, importa ressaltar que, pela limitação temporal, não foi possível percecionar os resultados nas práticas de enfermagem e nos indicadores de segurança a longo prazo. Não obstante, a equipa de enfermagem demonstrou-se motivada para a aplicabilidade no futuro da simulação *in situ* no serviço, bem como houve interesse manifestado da coordenação pelo meu projeto, constituindo-se indicadores promissores de sustentabilidade como metodologia formativa contínua.

Durante o percurso formativo, foi importante estar consciente de que qualquer processo de aprendizagem nem sempre é linear. O meu percurso formativo, particularmente a operacionalização do plano de projeto nos diferentes EC, caracterizou-se pelo aparecimento de algumas limitações, dificuldades e desafios inerentes à especificidade de cada contexto clínico, nomeadamente constrangimentos logísticos, institucionais e temporais. Considero que estas limitações foram colmatadas através da minha capacidade de adaptação, resiliência, proatividade e flexibilidade para reajustar estratégias ao planeamento previamente definido, constituindo-se autênticas oportunidades de aprendizagem e o culminar com o pretendido enquanto futura EE.

Ultrapassadas estas limitações, todas as atividades desenvolvidas nos EC revelaram ganhos visíveis no domínio académico, científico, profissional e pessoal, perspetivando a enfermagem crítica e reflexivamente e integrando a evidência científica atual no processo de tomada de decisão. Observam-se, inevitavelmente, repercussões na valorização da Enfermagem na área da especialidade, evidenciando a intervenção do EE na formação contínua e enquanto agente de mudança na implementação e dinamização de práticas seguras no cuidado à PSC, sustentadas numa PBE.

O percurso de desenvolvimento de competências, materializado neste relatório nas atividades desenvolvidas e na componente de investigação, conclui um capítulo de grande aprendizagem, representando um marco importante de valorização profissional na transição para o grau de mestre e título de enfermeira especialista. Inevitavelmente, inicia-se um novo capítulo de novos desafios profissionais, procurando integrar todos os conhecimentos e competências adquiridas no meu exercício profissional diário.

Como EE, procurarei intervir ativamente na formação contínua e supervisão dos pares e como agente de mudança, potenciando equipas de enfermagem mais capacitadas em ambientes de alta complexidade, cuidados de qualidade e seguros. Para tal, acreditando na transversalidade e real valor da simulação para a educação em enfermagem nos diversos escalões de aprendizagem, nomeadamente na sua prática clínica e, perspetivando o futuro, ambiciono continuar o investimento e reflexão na área da simulação, disseminando e defendendo a sua incorporação nas instituições de saúde como metodologia de formação contínua. Acredito que, sem dúvida, que a simulação clínica quando bem implementada ultrapassa o âmbito pedagógico, assumindo uma intervenção diferenciadora na área da saúde. Termino este ciclo, transmitindo a mensagem de que simular hoje, pode efetivamente salvar vidas amanhã.

V. Referências Bibliográficas

1. Decreto-Lei n.º 65/2018. D.R. I Série, n.º 157 (2018-08-16) p. 4147-4182. [citado 2025 set 5]. Disponível em: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879?_ts=1720192606084
2. Regulamento n.º 140/2019. D.R. II Série, n.º 26 (2019-02-06) p. 4744-4750. [citado 2025 set 5]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
3. Regulamento n.º 429/2018. D.R. II Série, n.º 135 (2018-07-16) p. 19359-19370. [citado 2025 set 5]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
4. Rente M, Costa M, Pontes M, Príncipe F, Mota L. Perceção dos enfermeiros sobre prática simulada em suporte básico de vida na prática clínica. Millenium [Internet]. 2021 [citado 2024 dez 13]; 2(16):65-72. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0216.24482>
5. Santos ME, Santos MA, Silva PM, Azinheiro SS, Costeira CR, Duarte HM. Conhecimentos teóricos dos enfermeiros sobre suporte avançado de vida nos cuidados à pessoa em situação crítica. Rev Enf Ref [Internet]. 2024 Dez [citado 2024 dez 13]; 3 (1): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.12707/rvi23.84.32232>
6. Greif R, Lauridsen KG, Djärv T, Ek JE, Monnelly V, Monsieurs K, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025: Executive Summary. Resuscitation [Internet]. 2025 [citado 2026 jan 10]; 215:1-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110770>
7. Oliveira AB, Silva LT, Souza CS. A atuação do enfermeiro nos casos de parada cardiorrespiratória: uma revisão integrativa da literatura [The nurse's performance in cases of cardiorespiratory arrest: an integrative literature review]. Res Soc Dev [Internet]. 2022 [citado 2024 dez 13]; 11(12): 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.35159>
8. Brazão ML, Nóbrega S, Barreto F, Almada S. O Papel da Simulação no Treino de Equipas de Urgência [The Role of Simulation in Emergency Teams Training].

- Res Tri [Internet]. 2022 [citado 2024 dez 13]; 29(4):287-299. DOI: <https://doi.org/10.24950/rspmi.1229>
9. Borges A, Martinho N, Rabiais I, Caldeira S. Prática simulada: uma estratégia inovadora no presente e protagonista no futuro. Cad Saúde [Internet]. 2020 [citado 2024 dez 13]; 12:34-35. DOI: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10242>
 10. Cardoso L, Barros JP. Paragem cardio-respiratória: um estudo de caso sobre uma resposta rápida e integrada. In: Barros JPM, Filipe CSM, editores. Enfermagem contemporânea: novos desafios, integração de cuidados e percurso assistencial [Internet]. Lisboa: [s.n.]; 2024 [citado 2025 abril 1]. p. 131-145. DOI: [10.37885/241017929](https://doi.org/10.37885/241017929)
 11. American Heart Association. Cardiac Arrest [Internet]. Dallas: American Heart Association; [citado 2025 out 24]. Disponível em: <https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-arrest>
 12. Mitropoulou P, Fitzsimmons S. Cardiopulmonary resuscitation. Medicine (Abingdon) [Internet]. 2022 Set [citado 2025 Out 26]; 50(9):599-606. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2022.06.007>
 13. Mateus P, Martins M, Frutuoso A, Ferreira L, Martins M. Paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar: impacto do tempo de resposta dos meios de emergência. Gest Desenvolv [Internet]. 2024 [citado 2025 fev 25]; 32:91-107. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2024.16116>
 14. Del Rios M, Bartos JA, Panchal AR, Atkins DL, Cabañas JG, Cao D, et al. Part 1: Executive summary: 2025 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation [Internet]. 2025 out [citado 2025 fev 10]; 152(16): S284–S312. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001372>
 15. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Registo Nacional da Paragem Cardiorrespiratória Pré-Hospitalar: Relatório de 2024 [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica; 2024 [citado 2025 Jan 5]. Disponível em: <https://extranet.inem.pt/pcr/>

16. Vella R, Baker E, Akerjordet K, Thyer L. The effectiveness and perceived value of feedback used in cardiac arrest simulation education: a mixed-method systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2025 [citado 2025 set 10]; 33(1):1-65. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-025-01456-6>
17. Nogueira AF, Gonçalves JF, Costa MA. Competências não técnicas em suporte avançado de vida: revisão sistemática da literatura. *RIASE Rev Investig Acao Superv Educ* [Internet]. 2021 [citado 2025 abril 2]; 7(3):401-421. DOI: [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).497.401-421](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).497.401-421)
18. Kipourgos G, Papakonstantopoulos S, Albani E, Tzenalis A. In-hospital cardiopulmonary arrest: the role of clinical nurses as first responders. *Rostrum Asclepius* [Internet]. 2023 [citado 2025 set 7]; 22(1):41-56. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/379565328_In-Hospital_Cardiopulmonary_Arrest_The_Role_of_Clinical_Nurses_as_First_Responders
19. Tomas N, Kachekele ZA. Nurses' knowledge, attitudes, and practice of cardiopulmonary resuscitation at a selected training hospital in Namibia: a cross-sectional survey. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2023 [citado 2025 set 7]; 9:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1177/23779608231216809>
20. Sok SR, Kim JA, Lee Y, Cho Y. Effects of a simulation-based CPR training program on knowledge, performance, and stress in clinical nurses. *J Contin Educ Nurs* [Internet]. 2020 [citado 2025 set 7]; 51(5):225-232. DOI: <https://doi.org/10.3928/00220124-20200415-07>
21. Associação Portuguesa de Cardiologia. Dados estatísticos – Projeto Salva-Vidas [Internet]. Lisboa: Associação Portuguesa de Cardiologia; [citado 2025 set 2]. Disponível em: <https://www.fpcardiologia.pt/atividades/projeto-salva-vidas/dados-estatisticos/>
22. Ferreira WS, Ferreira ME. O conhecimento da equipe de enfermagem em paciente com parada cardiorrespiratória (PCR) no ambiente intra-hospitalar. *Cognitionis* [Internet]. 2024 [citado 2025 set 15]; 7(2):1-18. DOI: <https://doi.org/10.38087/2595.8801.436>

23. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2020. 142 p.
24. Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills. Aldershot: Ashgate; 2008. 300 p.
25. Evans JC, Evans MB, Slack M, Peddle M, Lingard L. Examining non-technical skills for ad hoc resuscitation teams: a scoping review and taxonomy of team-related concepts. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2021 [citado 2025 jan 5]; 29(1):1-22. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00980-5>
26. Fitzpatrick G. Exploring the effects of delivering CPR on nurses' mental health and well-being. Emerg Nurse [Internet]. 2025 [citado 2025 set 24]; 33(5):22-27. DOI: [10.7748/en.2025.e2231](https://doi.org/10.7748/en.2025.e2231)
27. De-Sousa C, Pereira M, Sousa S, Sá-Couto C. Simulation as a strategy for training cardiopulmonary resuscitation skills of intensive care nursing teams. Rev Soc Port Anesthesiol [Internet]. 2022 [citado 2025 set 5]; 31(2):14-15. DOI: <https://doi.org/10.25751/rspa.34415>
28. Cortegiani A, Ippolito M, Abelairas-Gómez C, Nabecker S, Olaussen A, Lauridsen KG, et al. In situ simulation for cardiopulmonary resuscitation training: a systematic review. Resusc Plus [Internet]. 2025 [citado 2025 set 5]; 100863:1-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100863>
29. Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia prático para a segurança do doente. 1.^a ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2021. 373 p.
30. Stefanidis D, Cook D, Kalantar-Motamedi SM, Muret-Wagstaff S, Calhoun AW, Lauridsen KG, et al. Society for Simulation in Healthcare guidelines for simulation training. Simul Healthc [Internet]. 2024 [citado 2025 set 5]; 19(1): S4-S22. DOI: <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000776>
31. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. Qual Saf Health Care [Internet]. 2004 [citado 2025 set 6]; 13 (1): i2-i10. DOI: https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i2
32. Lioce L, Lopreiato J, Anderson M, Deutsch ES, Downing D, Robertson JM, Diaz DA, Spain AE, editores. *Healthcare Simulation Dictionary – Third Edition*

- [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2024 [citado 2025 set 6]. 96 p. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/resources/simulation/terms.html>
33. INACSL Standards Committee. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™: Professional Development. Clin Simul Nurs [Internet]. 2021 Sep [citado 2025 set 6]; 58:5-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.007>
 34. Pereira M, Nascimento J, Regino G, Pires C, Nascimento G, Siqueira V, et al. Modalidades e classificações da simulação como estratégia pedagógica em enfermagem: revisão integrativa. Rev Eletrôn Enferm [Internet]. 2021 [citado 2025 set 6]; 14:1-13. DOI: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e8829.2021>
 35. Martin A, Cross S, Attoe C. The use of in situ simulation in healthcare education: current perspectives. Adv Med Educ Pract [Internet]. 2020 nov 27 [citado 2025 set 6]; 11:893-903. DOI: <https://doi.org/10.2147/AMEP.S188258>
 36. INACSL Standards Committee, Watts PI, McDermott DS, Alinier G, Charnetski M, Nawathe PA, et al. Healthcare simulation standards of best practice™: simulation design. Clin Simul Nurs [Internet]. 2021 [citado 2025 set 8]; 58:14-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>
 37. INACSL Standards Committee. Healthcare Simulation Standards of Best Practice®: Prebriefing: Preparation and briefing. Clin Simul Nurs [Internet]. 2025 [citado 2025 set 8]; 105:1-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101777>
 38. INACSL Standards Committee. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™: Outcomes and objectives. Clin Simul Nurs [Internet]. 2021 Set [citado 2025 set 8]; 58:40-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.013>
 39. Diaz-Navarro C, Armstrong R, Charnetski M, Freeman KJ, Koh S, Reedy G, et al. Global consensus statement on simulation-based practice in healthcare. Adv Simul [Internet]. 2024 [citado 2025 set 8]; 9:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41077-024-00288-1>
 40. Rosa ME, Pereira-Ávila FMV, Góes FGB, Salvo GM, Silva RCL, Coutinho VRD. Avaliação do debriefing na simulação clínica no ensino em enfermagem. Enferm Foco [Internet]. 2020 [citado 2025 set 8]; 11(4):152-160. Disponível em:

https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-11-04-0153/2357-707X-enfoco-11-04-0153.pdf

41. INACSL Standards Committee, Decker S, Sapp A, Bibin L, Chidume T, Crawford SB, et al. Healthcare Simulation Standards of Best Practice®: The Debriefing Process. Clin Simul Nurs [Internet]. 2025 [citado 2025 set 8]; 105:1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101775>
42. Decker S, Sapp A, Bibin L, Brown MR, Crawford SB, Fayyaz J, et al. The impact of the simulation debriefing process on learning outcomes – an umbrella review protocol. Clin Simul Nurs [Internet]. 2024 [citado 2025 set 8]; 89:1-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2023.101505>
43. Lomuscio S, Capogna E, Sironi S, Sguanci M, Morales S, Cangelosi G, et al. Debriefing methodologies in nursing simulation: an exploratory study of the Italian settings. Nurs Rep [Internet]. 2025 [citado 2025 set 9]; 15(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.3390/nursrep15010007>
44. Santos EC, Fontes CJ, D'Artibale EF, Miravete JC, Ferreira GE, Ribeiro MR. Simulation for teaching cardiorespiratory resuscitation by teams: setting and performance assessment. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2021 [citado 2025 set 9]; 29:1-11. Disponível em: scielo.br/j/rlae/a/jLXgJnNZWFTRwDcWNRhQ5Jr/?format=pdf&lang=en
45. Laco RB, Stuart WP. Simulation-based training program to improve cardiopulmonary resuscitation and teamwork skills for the urgent care clinic staff. Mil Med [Internet]. 2022 [citado 2025 set 9]; 187(5-6): e764–e769. DOI: <https://doi.org/10.1093/milmed/usab198>
46. Lucindo MC, Barbosa KJ, Ávila DC. Simulação como estratégia de ensino-aprendizagem para profissionais de enfermagem em unidades de pronto-atendimento. Rev Contemp [Internet]. 2024 [citado 2025 set 9]; 4(10):1-26. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV4N10-202>
47. Herrero-Izquierdo L, Abajas-Bustillo R, Ortego-Maté C, Alconero-Camarero AR. Effectiveness of high-fidelity clinical simulation in cardiopulmonary resuscitation training: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. Clin Simul Nurs [Internet]. 2025 [citado 2025 nov 24]; 98:1-15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101665>

48. Dewolf P, Vanneste M, Desruelles D, Wauters L. Measuring non-technical skills during prehospital advanced cardiac life support: a pilot study. *Resusc Plus* [Internet]. 2021 [citado 2025 set 9]; 8:1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2021.100171>
49. Friedlaender RF, Gubert EM, Fernandes CMB, Mello RG, Coelho ICM. Evaluation of acquisition and retention of non-technical skills of residents submitted to interprofessional simulation-based training in pediatric cardiopulmonary resuscitation. *J Pediatr* [Internet]. 2025 [citado 2025 set 9];101(3):394-399. DOI:[10.1016/j.jpeds.2024.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2024.12.003)
50. Passos MD, Brito NM, Correa GG, Lustosa FS, Giancesella PZ, Oliveira MM, et al. Simulação clínica na formação multiprofissional: efeitos na comunicação e segurança do paciente. *Acervo* [Internet]. 2025 [citado 2025 set 9]; 2(3):1-32. DOI: <https://doi.org/10.71248/qdmgfm94>
51. Annese F, Versari R. Non-technical skills in cardio-respiratory arrest: a literature review. *Scenario* [Internet]. 2025 [citado 2025 set 10];42(1):592. DOI: <https://doi.org/10.4081/scenario.2025.592>
52. Abildgren L, Lebahn-Hadidi M, Mogensen CB, Toft P, Nielsen AB, Frandsen TF, et al. The effectiveness of improving healthcare teams' human factor skills using simulation-based training: a systematic review. *Adv Simul (Lond)* [Internet]. 2022 [citado 2025 set 10]; 7(1):1-18. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41077-022-00207-2>
53. Pucer P, Martinović K, Karnjuš I, Renko J. Development and improvement of non-technical skills in interprofessional healthcare teams through simulation-based experiences: a systematic review. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2025 [citado 2025 set 10]; 102:1-11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101726>
54. Souza RS, Dias AA, Silva SL, Figueiredo RM, Silva MJR, Amendoeira JJ. Desenvolvimento de competências não técnicas mediadas pelo ensino baseado em simulação para enfermeiros: uma scoping review. *HU Rev* [Internet]. 2024 [citado 2026 set 10]; 50:1-11. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2024.v50.44460>
55. Lim CY, Song MR. Sustained effect of simulation-based resuscitation education on knowledge, self-confidence, and performance ability of neonatal intensive care

- unit nurses. J Contin Educ Nurs [Internet]. 2024 [citado 2025 set 10];55(2):79–86. DOI: <https://doi.org/10.3928/00220124-20231109-05>
56. Simões C, Coutinho V, Oliveira L. Influência da simulação de alta-fidelidade nas competências não técnicas em situações de emergência. Rev Soc Port Anesthesiol [Internet]. 2022 [citado 2025 set 10]; 31(2):35. DOI: <https://doi.org/10.25751/rspa.34437>
57. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 2026 set 10]. 13 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
58. Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. D.R. II Série. 187 (2021-09-24) p. 96-103. [citado 2025 set 11]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
59. INACSL Standards Committee. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™: Operations. Clin Simul Nurs [Internet]. 2021 Set [citado 2025 set 11]; 58:33-39. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.012>
60. Rogers BA, Killam LA, Lockhart RD, et al. Prioritizing simulation facilitators' competencies for professional development using Q-methodology. Clin Simul Nurs [Internet]. 2024 [citado 2025 set 11]; 90:101527. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101527>
61. Jeffries PR. The NLN Jeffries Simulation Theory. 2.^a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021. 88 p.
62. Vilarinho JO, Bucco M, Carvalho AE, Silva NO, Kalinke LP, Felix JV, et al. Construction and validation of a model for creating simulated scenarios based on Jeffries Theory. Rev Bras Enferm [Internet]. 2025 [citado 2025 ago 8];78(3):1–10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0222>
63. Rezayani A. Applications of nursing theories in clinical practice. J Nurs Adv Clin Sci [Internet]. 2025 [citado 2025 ago 8];2(2):115-116. DOI: <https://doi.org/10.32598/JNACS.2411.1071>
64. Meleis AI, editor. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice [Internet]. New York, NY: Springer Publishing

- Company, LLC; 2010 [citado 2025 ago 9]; 641 p. Ebook ISBN: 978-0-8261-0535-6.
65. Cancino-Jiménez D, Febré N, Cea-Nettig X, Cancino-Jiménez J, Olguín S, Olguín K. Critical evaluation of Afaf Meleis's Transition Theory: strengths, limitations and applications in nursing education. *Salud, Ciencia y Tecnología / Review* [Internet]. 2024 [citado 2025 ago 9]; 4:1-12. DOI: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.950>
66. Estakhri RK, Ezbarami ZT, Peyrovi H, Leyli EK, Isanazar A, Fakhrmousavi SA, et al. Effectiveness of Transition Theory-Based Interventions on Outcomes of Nursing Care: A Scoping Review. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2025 [citado 2025 set 11]; 30(4):461-467. DOI: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_233_24
67. Cretu E, Stilos KK. The value of a post-graduate clinical placement for nursing students. *Can Oncol Nurs J* [Internet]. 2021 [citado 2025 set 12];31(4):494-499. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34786470/>
68. Ahmad A, Abd Rahim AF, Wan Mohammad WMZ, Mat Nor MZ. A scoping review on experiential learning in workplace-based: clinical placements. *Educ Med J* [Internet]. 2025 [citado 2025 set 12];17(1):55-77. DOI: <https://doi.org/10.21315/eimj2025.17.1.6>
69. Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. D.R. II Série. 153 (2014-08-11) p. 20673-20678. [citado 2026 set 12]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
70. Marques S, Lino P. Protocolo de triagem de Manchester. In: Coimbra N, editor. *Enfermagem de urgência e emergência*. 1.ª ed. Lisboa: Lidel; 2021. p. 25-31.
71. Grupo Português de Triagem. Protocolo Triagem de Manchester [Internet]. Grupo Português de Triagem; 2021 [citado 2025 set 12]. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
72. Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. D.R. II Série. 184 (2019-09-25) p. 128-155. [citado 2025 set 12]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

73. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Parecer n.º 14/2018, retificado [Internet]. [citado 2025 set 12]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
74. Instituto Nacional de Emergência Médica. Viatura Médica de Emergência e Reanimação [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica; 2017 maio 29 [citado 2025 set 13]. Disponível em: <https://www.inem.pt/2017/05/29/viatura-medica-de-emergencia-e-reanimacao/>
75. Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro. D.R. II Série. 211 (2011-11-03) p. 43563-43564. [citado 2025 set 13]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14898-2011-3281414>
76. Despacho n.º 5561/2014, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. D.R. II Série. 79 (2014-04-23) [citado 2025 set 13]. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf>
77. ACSS. Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos: RT 13/2019, V. 2024 [Internet]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2024 [citado 2025 set 13]. 40 p. ISSN: 1647-8568. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
78. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Parecer n.º 15/2018 [Internet]. [citado 2025 set 13]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
79. Ordem dos Médicos. Census 2024: Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva [Internet]. Lisboa: Ordem dos Médicos; 2024 [citado 2025 nov 11]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/files/pdfs/GDNK-Census-Medicina-Intensiva-2024-vf.pdf>

80. Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro. D.R. II Série. 198 (2018-10-15) p. 27533-27533. [citado 2025 set 13]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
81. Teixeira L, Carvalho, AL, Barroso C. Diagnóstico de Situação. In: Carvalho AL, Barroso C, Pereira MA, Teixeira AP, Pinho F, Osório M, editores. Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem – Manual Prático [Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2019 [citado 2025 set 14]; p. 20-27. Disponível em: <https://safecare.esenf.pt/wp-content/uploads/2019/06/SafeCare-EBook.pdf>
82. Finstad AS, Aase I, Bjørshol CA, Ballangrud R. In situ simulation-based team training and its significance for transfer of learning to clinical practice—A qualitative focus group interview study of anaesthesia personnel. BMC Med Educ [Internet]. 2023 [citado 2025 set 14]; 23:1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04201-8>
83. Sigaroudi AE, Javadi-Pashaki N, Cheraghi MA, Shirvani Y, et al. Barriers and facilitators for interaction in cardiopulmonary resuscitation teams: a qualitative study. Int J Emerg Med [Internet]. 2025 [citado 2025 set 14]; 18:1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12245-025-00955-8>
84. Anderson TM, Secrest K, Krein SL, Schildhouse R, Guetterman TC, Harrod M, et al. Best practices for education and training of resuscitation teams for in-hospital cardiac arrest. Circ Cardiovasc Qual Outcomes [Internet]. 2021 [citado 2025 set 14]; 14(12):1-18. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.121.008587>
85. Araújo PR, Santana BS, Nogueira JW, Magro MC. Simulação clínica na retenção tardia de conhecimento e autoconfiança de profissionais de enfermagem: estudo quase experimental. Cogitare Enferm [Internet]. 2022 [citado 2025 set 14]; 27:1-12. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81568>
86. Sundelin A, Fagerlund MJ, Flam B, Djärv T. In-situ simulation of CPR in the emergency department – A tool for continuous improvement of the initial resuscitation. Resusc Plus [Internet]. 2023 [citado 2025 set 14]; 15:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100413>

87. Esteves NE, Lopes HJ, Vieira AS, Cardoso PA, Soares-Pinto IE, Silva CR. Avaliação e Intervenção do Enfermeiro na Gestão do Delirium em Cuidados Intensivos: Estudo Quantitativo. Rev Enf Ref [Internet]. 2025 [citado 2025 set 15]; Série VI (4):1-8. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832025000100202
88. Crepaldi GD, Siqueira Junior AC. Delirium em pacientes hospitalizados: análise do conhecimento de estudantes e profissionais médicos e enfermeiros. Rev Aracê [Internet]. 2025 [citado 2025 set 15];7(4):18168-18187. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-147>
89. Oliveira C, Nobre CF, Marques RM, Mendes MM, Sousa PC. O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. Rev Cuid [Internet]. 2022 [citado 2025 set 15];13(2):1-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1983>
90. Ordem dos Enfermeiros. Deontologia Profissional de Enfermagem [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2015 ago [citado 2025 set 16]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf?utm_source=chatgpt.com
91. Entidade Reguladora da Saúde. Consentimento informado [Internet]. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde; 2023 ago 24 [citado 2025 set 16]. Disponível em: <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>
92. Norma nº 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Direção-Geral da Saúde (2015). Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>
93. Ferreira NE, Anjos MS, Lopes SM, Curi-Rad EC, Barros LM, Silva EC, et al. The importance of nursing care in the face of body care after death: a bibliographical review. RSD [Internet]. 2023 [citado 2025 set 16]; 12(3):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i3.37913>
94. Walker W, Jones J, Owen S, Kevern P, Efstathiou N. Care after death: Bereaved family experiences of a nurse-led supported viewing service. Int J Palliat Nurs

- [Internet]. 2025 [citado 2025 set 16]; 31(8):392-402. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.0076>
95. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 021/2011 – Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente”. (2011). Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/58547227/Orientacao-da-DGS-n-%C2%BA-21-2011-sobre-a-Prevencao-de-Comportamentos-dos-doentes-que-poem-em-causa-a-sua-seguranca-ou-da-sua-envolvente>
96. World Health Organization. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. 1.ª ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. 79 p.
97. Sérgio MS, Carvalho AL, Pinto CM. Percepção dos enfermeiros portugueses: supervisão clínica e indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023 [citado 2025 set 16 05];76(3):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0656pt>
98. Ordem dos Enfermeiros, editor. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001 [citado 2025 set 16]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
99. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2017 [citado 2025 set 16]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

100. Lebre A, Resendes A, Paiva A, Barbosa C, Pereira C, Gaspar F, et al. Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 [Internet]. 1.^a ed. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022 maio [citado 2025 set 16]. Disponível em: <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
101. Veronezi L, Lopes A. Auditoria como ferramenta para a melhoria contínua da assistência de enfermagem. Nursing (São Paulo) [Internet]. 2021 [citado 2025 set 17]; 24(283):6896–6901. DOI: [10.36489/nursing.2021v24i283p6896-6907](https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i283p6896-6907)
102. Fonteles HM. Auditoria em serviços de saúde: desafios e resultados da atuação da enfermagem. Ciênc Saúde [Internet]. 2025 [citado 2025 set 17]; 29(147). DOI: [10.69849/revistaft/pa10202506291108](https://doi.org/10.69849/revistaft/pa10202506291108)
103. Al Haliq S, AlShammari T. Communication handover barriers among nurses and paramedics in emergency care settings. BMC Nurs [Internet]. 2025 [citado 2025 set 17]; 24:634:1–10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03286-4>)
104. Chaica V, Marques R, Pontífice-Sousa P. ISBAR: a handover nursing strategy in emergency departments, scoping review. Healthcare [Internet]. 2024 [citado 2025 set 17]; 12(3): 399:1–11. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare12030399>
105. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. (2017). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
106. Bolado GN, Ayalew TL, Feleke MG, Haile KE, Geta T. Documentation practice and associated factors among nurses working in public hospitals in Wolaita Zone, Southern Ethiopia. BMC Nurs [Internet]. 2023 [citado 2025 set 18]; 22:330:1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01490-8>
107. El Rahman AA, Ibrahim M, Diab G. Quality of nursing documentation and its effect on continuity of patients' care. Menoufia Nurs J [Internet]. 2021 [citado 2025 set 18]; 6(2):1–18. DOI: [10.21608/menj.2021.206094](https://doi.org/10.21608/menj.2021.206094)
108. Wahyuni ED, Nursalam N, Dewi YS, Arifin H, Benjamin LS. Electronic nursing documentation for patient safety, quality of nursing care, and documentation: a

- systematic review. J Pak Med Assoc [Internet]. 2024 [citado 2025 set 18]; 74(9):1669–1677. DOI: [10.47391/JPMA.9996](https://doi.org/10.47391/JPMA.9996)
109. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 018/2011. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. (2011). Disponível em: <https://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/orientacao-n-0182011-de-23052011-mecanismos-e-procedimentos-de-identificacao-inequivoca-dos-doentes-em-instituicoes-de-saude/>
110. Direção Geral da Saúde. Norma nº 008/2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. (2019). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>
111. Faculty Simulation Toolkit. Chapter 2: NLN Jeffries Simulation Theory [Internet]. Hamilton, ON: Mohawk College; [citado 2025 set 18]. Disponível em: <https://ecampusontario.pressbooks.pub/facultysimulationtoolkit/chapter/chapter-2-nln-jeffries-simulation-theory/>
112. Ramos OA, Sá JA, Oliveira AR, Gomes MJ, Augusto MC. Influência da liderança clínica em enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados: revisão de escopo. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2024 [citado 2025 set 18]; 38: 1–16. DOI: [10.18471/rbe.v38.54941](https://doi.org/10.18471/rbe.v38.54941)
113. Passeri LB, Silva FV, Assad LG, Ramos FS, Santos DA, Rodrigues JA. The concept of leadership in nursing practice in the hospital environment: a scoping review. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2025 [citado 2025 set 18]; 17: 1–12. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13908>
114. Despacho n.º 986/2025, de 22 de janeiro. D.R. 2.ª série. 15 (2025-01-22). [citado 2025 set 18]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/986-2025-904227444>
115. McKenna L, Sommers CL, Reisenhofer S, Mambu IR, McCaughan J, Belihu FB. Professional development needs of registered nurses in Indonesia: a cross-sectional study. Nurse Educ Today [Internet]. 2022 [citado 2025 set 18]; 119:105543. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105543>
116. Sherwood G. Reflective practice and knowledge development: transforming

- research for a practice-based discipline. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2024 [citado 2025 set 19]; 11(4):399–404. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.08.002>
117. Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Leal-Costa C, Fernández-Salazar S. Effect of an online training intervention on evidence-based practice in clinical nurses. #Evidencer Project. *BMC Nurs* [Internet]. 2024 [citado 2025 set 19]; 23(838):1–10. DOI: [10.1186/s12912-024-02489-5](https://doi.org/10.1186/s12912-024-02489-5)
 118. Loftus NW, Navales V, Bowden T. Using the NEWS2 and ABCDE assessment to identify early signs of clinical deterioration. *Nurs Stand* [Internet]. 2024 [citado 2025 set 19]; 39(4):40–45. DOI: [10.7748/ns.2024.e12188](https://doi.org/10.7748/ns.2024.e12188)
 119. Departamento de Emergência Médica. ERC Guidelines 2021 – Recomendações para as Equipas Pré-Hospitalares [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica; 2021 [citado 2026 fev 24]. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/ERC-Guidelines-Recomendacoes.pdf>
 120. Richardson AS, Tonna JE, Nanjayya V, Nixon P, Abrams DC, Raman L, et al. Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation in adults: interim guideline consensus statement from the Extracorporeal Life Support Organization. *ASAIO J* [Internet]. 2021 [citado 2025 set 19]; 67(3):221–228. DOI: [10.1097/MAT.0000000000001344](https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001344)
 121. Salviano FW, Vieira JE, Silva MR. Avaliação da dor em pacientes sob cuidado intensivo: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev* [Internet]. 2025 [citado 2025 set 19]; 14(1):1–10. DOI: [http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v14i1.47985](https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v14i1.47985)
 122. Mata C, Fernandes M, Monteiro M, Morais O, Castro S, Príncipe F, et al. Doente sedado, cnsiente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Rev Investig Inov Saúde* [Internet]. 2021 [citado 2025 set 20]; 4(1):7–17. DOI: <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>
 123. Ferreira MT, Sousa C, Gonçalves R. Preparedness to act in a disaster: the perspective of nurses in the emergency department. *Millenium - J Educ Technol Health* [Internet]. 2024 [citado 2025 set 20]; 2(15): 1–9. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0215e.34538>
 124. Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. D.R. I Série. 126 (2006). [citado

2025 set 20]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>

125. International Council of Nurses. Core Competencies in Disaster Nursing: Competencies for Nurses Involved in Emergency Medical Teams (Level III) [Internet]. 1.^a ed. Genebra: International Council of Nurses; 2022 [citado 2025 set 20]. p. 16. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_2022_Disaster-Comp-Report_EN_WEB.pdf
126. Direção Geral da Saúde. Orientação n.º 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. (2010).
127. Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. D.R. 2.^a série. 153 (2014). [citado 2025 set 20]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
128. Moslehi S, Masbi M, Noori N, Taheri F, Soleimanpour S, Narimani S, et al. Components of hospital personnel preparedness to evacuate patients in disasters: a systematic review. BMC Emerg Med [Internet]. 2024 [citado 2025 set 20]; 24(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12873-024-00942-x>
129. Direção-Geral da Saúde, editores. Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017 [citado 2025 set 20]. p. 23. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.
130. Direção Geral da Saúde. Norma nº 007/2019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. (2019). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>
131. Direção Geral da Saúde. Norma nº 022/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Venoso Central. (2015). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
132. Direção Geral da Saúde. Norma nº 021/2015. “Feixe de Intervenções” de Pneumonia Associada à Intubação. (2015). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

133. Direção Geral da Saúde. Norma nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. (2022). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
134. Direção Geral da Saúde. Norma n.º 020/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. (2015). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
135. Rocha RS. Infecções associadas aos cuidados de saúde [dissertação de mestrado Internet]. Lisboa (Portugal): Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia; 2023 [citado 2025 set 24].

Apêndices

Apêndice A – Questionário aplicado no Serviço de Urgência Geral “Contributos da Simulação Clínica em Paragem Cardiorrespiratória: Desenvolvimento de Competências em Enfermagem para a Segurança do Doente”

TEMA: Contributos da Simulação Clínica em Paragem Cardiorrespiratória: Desenvolvimento de Competências em Enfermagem para a Segurança do Doente.

**QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
GERAL**

Caro (a) colega,

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é considerada uma das situações mais críticas em ambiente hospitalar. A exposição contínua a cenários críticos, como a PCR, exige uma intervenção rápida e eficiente da equipa de enfermagem, sustentada em protocolos e diretrizes bem definidas de reanimação cardiopulmonar. Esta atuação, direcionada para a prevenção ou reversão da PCR, é essencial para otimizar a sobrevivência do doente e prevenir possíveis complicações. A complexidade destas situações reforça a importância de formação contínua e treino regular em ambientes controlados. A simulação clínica emerge como uma metodologia pedagógica, baseada na aprendizagem experiencial, permitindo a recriação de cenários realistas de forma estruturada, em um ambiente seguro e controlado. É uma estratégia eficaz para o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, fundamentais para a prestação de cuidados seguros ao doente e para a gestão de situações críticas em contextos de alta pressão.

Este questionário encontra-se integrado no projeto de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica. Apresenta como objetivos: avaliar a perceção da equipa de enfermagem sobre a pertinência de formação em simulação clínica em contexto de PCR no Serviço de Urgência Geral e identificar as necessidades formativas dos enfermeiros nesta área de estudo.

O preenchimento deste questionário é de participação voluntária. Os dados recolhidos serão analisados de forma confidencial, assegurando o anonimato de todos os participantes, sendo a sua utilização exclusiva para fins académicos.

Agradeço a sua colaboração, que será crucial para o desenvolvimento do meu trabalho académico ao compreender as necessidades formativas e contribuir para a implementação de estratégias que promovam a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Instruções: Por favor, leia com atenção as questões e escolha a resposta que melhor reflete a sua opinião ou situação atual do seu serviço.

SECÇÃO 1 – DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____

2. Género

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Outro

3. Tempo de experiência profissional em enfermagem?

- ☐ <1 ano
- ☐ 1-3 anos
- ☐ 4-6 anos
- ☐ 7-10 anos
- ☐ >10 anos

4. Tempo de serviço no Serviço de Urgência Geral?

- ☐ <1 ano
- ☐ 1-3 anos
- ☐ 4-6 anos
- ☐ 7-10 anos
- ☐ >10 anos

5. Já participou em formações de SIV/SAV?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6. Se respondeu sim, em que ano? _____

**SECÇÃO 2: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SIMULAÇÃO
CLÍNICA EM PCR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL**

1. Na sua opinião, qual é a importância de realizar formações regulares em simulação clínica no Serviço de Urgência Geral para uma gestão eficaz de PCR?

- ☐ Nada importante
- ☐ Pouco importante
- ☐ Moderadamente importante
- ☐ Muito importante
- ☐ Extremamente importante

2. A formação contínua e o treino regular em simulação clínica para situações de PCR contribuem para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros?

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não discordo nem concordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

3. Considera que a simulação clínica em contexto de PCR pode aumentar a segurança do doente no Serviço de Urgência Geral?

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não discordo nem concordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo totalmente

4. Com que frequência se realizam formações em simulação clínica em PCR no Serviço de Urgência Geral?

- ☐ Nunca
- ☐ Mensalmente
- ☐ Trimestralmente
- ☐ Semestralmente
- ☐ Anualmente

SECÇÃO 3 – PERCEÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

1. Na sua opinião, é necessária uma maior frequência de treinos de simulação clínica em PCR no Serviço de Urgência Geral?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2. Com que frequência considera que a formação regular em simulação clínica deveria ser realizada no Serviço de Urgência Geral para assegurar a eficácia das competências adquiridas?

- ☐ Mensalmente
- ☐ Trimestralmente
- ☐ Semestralmente
- ☐ Anualmente
- ☐ De 3 em 3 anos

3. Na sua opinião, quais são as principais barreiras/limitações para a realização de treinos regulares de simulação clínica no Serviço de Urgência Geral? (selecione 3 opções)

- ☐ Limitação de tempo devido à carga de trabalho
- ☐ Dificuldade em coordenar horários das equipas de enfermagem
- ☐ Insuficiência de equipamentos ou materiais necessários para simulação
- ☐ Desconhecimento dos contributos da simulação clínica
- ☐ Rotatividade elevada de profissionais no serviço
- ☐ Ausência de espaço adequado para atividades formativas
- ☐ Falta de apoio ou incentivo por parte da gestão/chefia
- ☐ Ausência de profissionais facilitadores ou formadores especializados
- ☐ Resistência a mudanças por parte dos profissionais
- ☐ Falta de motivação pessoal
- ☐ Falta de políticas ou protocolos que incentivem o treino regular de simulação
- Outras (especificar): _____

4. Identifique as áreas prioritárias em que considera necessário maior treino para uma gestão eficaz de PCR no Serviço de Urgência Geral? (selecione 3 opções)

- ☐ Reconhecimento precoce de PCR
- ☐ Técnicas de RCP (compressões torácicas, ventilação, etc.)
- ☐ Desfibrilhação precoce e segura
- ☐ Comunicação eficaz em equipa
- ☐ Liderança e gestão de equipa
- ☐ Tomada de Decisão
- ☐ Gestão de stress em situações críticas
- Outras (especificar): _____

5. Considera relevante participar em formações regulares de simulação clínica no seu serviço?

- ☐ Nada relevante
- ☐ Pouco relevante
- ☐ Moderadamente relevante
- ☐ Relevante
- ☐ Muito relevante

6. Quais são os principais fatores que o motivariam a participar em formações regulares de simulação clínica em PCR no seu serviço? (selecione 2 opções)

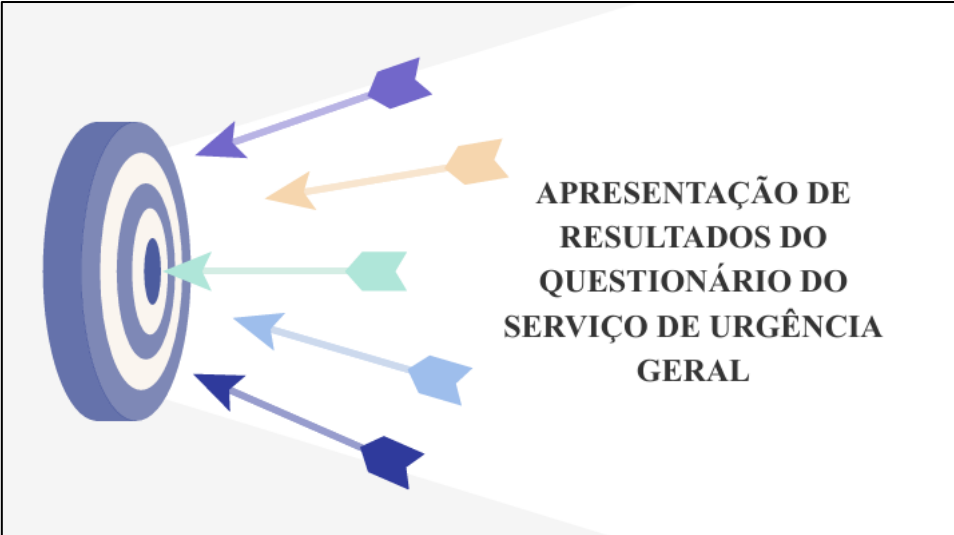
- ☐ Melhoria na capacidade de gestão em situações de PCR.
- ☐ Desenvolvimento de conhecimentos técnicos
- ☐ Desenvolvimento de competências não técnicas (comunicação, liderança, gestão de equipa)
- ☐ Promoção da segurança do doente
- ☐ Reconhecimento profissional e pessoal
- ☐ Aumento da confiança para atuar em situações de PCR
- ☐ Atualização sobre as melhores práticas em PCR
- ☐ Melhoria da gestão de stress em situações críticas

7. Tem alguma sugestão ou comentário adicional sobre o treino de simulação *in situ* no Serviço de Urgência?

Obrigada pela sua colaboração,

Tatiana Teixeira

Apêndice B – Apresentação dos resultados dos questionários do Serviço de Urgência Geral



Objetivos

O questionário apresenta como principais objetivos:

Objetivos

- Avaliar a percepção da equipa de enfermagem sobre a pertinência de formação em simulação clínica (in situ) em contexto de PCR no Serviço de Urgência Geral.
- Identificar as necessidades formativas dos enfermeiros nesta área de estudo.

RESULTADOS:

A amostra é constituída por 32 enfermeiros. A faixa etária mais representada é de 25 anos (n=4/12,5%) e 29 anos (n=4/12,5%).

22 anos	3	9,40%
23 anos	1	3,10%
24 anos	2	6,30%
25 anos	4	12,50%
26 anos	2	6,30%
27 anos	3	9,40%
28 anos	2	6,30%
29 anos	4	12,50%
31 anos	3	9,40%
32 anos	3	9,40%
33 anos	3	9,40%
36 anos	1	3,10%
39 anos	1	3,10%

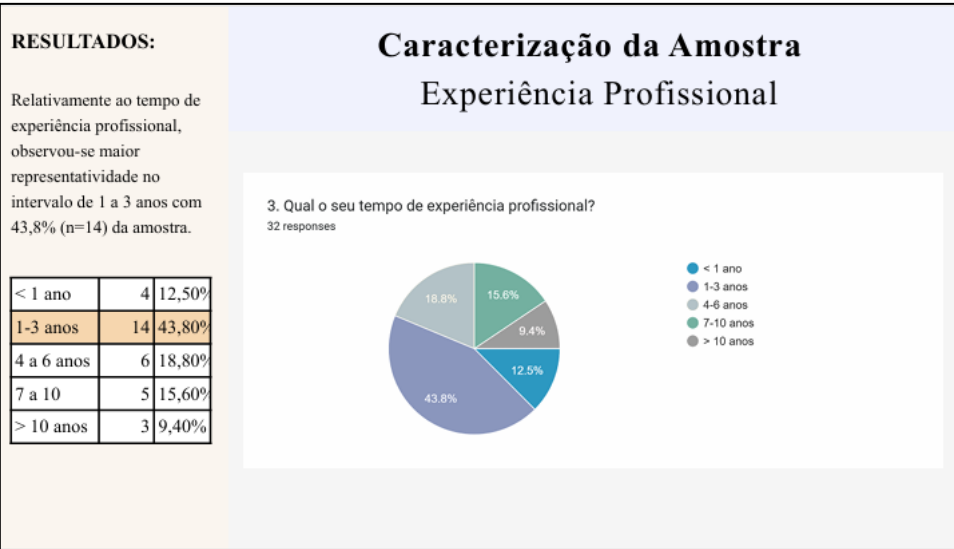
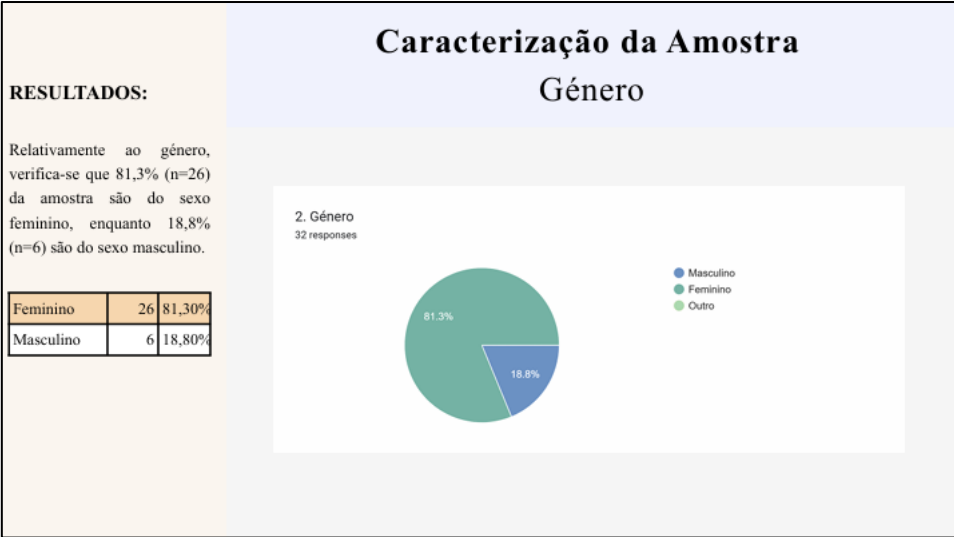
Caracterização da Amostra

Idade

1. Qual a sua idade?

32 responses

Idade	Respostas	Porcentagem
22	3	9,4%
23	1	3,1%
24	2	6,3%
25	4	12,5%
26	2	6,3%
27	3	9,4%
28	2	6,3%
29	4	12,5%
31	3	9,4%
32	3	9,4%
33	3	9,4%
36	1	3,1%
39	1	3,1%



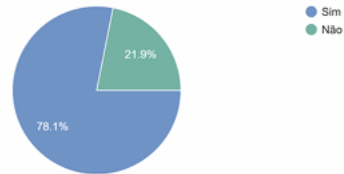
Participação em Formações SIV/SAV

RESULTADOS:

Maioritariamente com 78,1% (n=25) dos enfermeiros já participou anteriormente em formações de Suporte Imediato de Vida e/ou Suporte Avançado de Vida.

Sim	25	78,10%
Não	7	21,90%

5. Já participou em formações de SIV/SAV?
32 responses



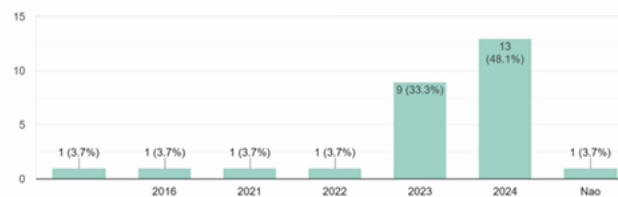
RESULTADOS:

Verificou-se que a maioria da amostra possui certificação em Suporte Imediato de Vida e/ou Suporte Avançado de Vida com validade em vigor.

Voto em Branco	1	3,70%
2016	1	3,70%
2021	1	3,70%
2022	1	3,70%
2023	9	33,30%
2024	13	48,10%
Não	1	3,70%

Se respondeu SIM à questão anterior, em que ano foi a última vez?

5.1. Se respondeu SIM à questão anterior, em que ano foi a última vez?
27 responses



PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SIMULAÇÃO CLÍNICA EM PCR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL



RESULTADOS:

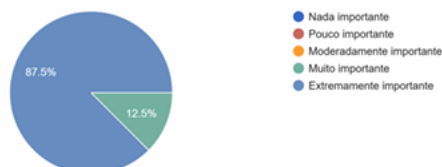
Maioritariamente, os enfermeiros consideram extremamente importante (n=28/87,5%) a realização de formações regulares em simulação no Serviço de Urgência Geral.

Nada importante	0	0,00%
Pouco importante	0	0,00%
Moderadamente importante	0	0,00%
Muito importante	4	12,50%
Extremamente importante	28	87,50%

Importância da realização de formação regular em simulação clínica no Serviço de Urgência Geral para uma gestão eficaz de PCR

1. Na sua opinião, qual é a importância de realizar formações regulares em simulação clínica no Serviço de Urgência para uma gestão eficaz de PCR?

32 responses



RESULTADOS:

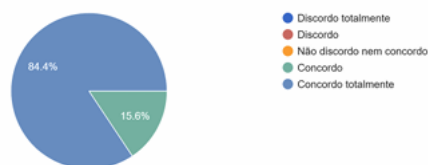
Maioritariamente, os enfermeiros concordam totalmente (n=27/84,4%) que a simulação clínica em PCR contribui para o desenvolvimento e consolidação de competências em enfermagem.

Discordo totalmente	0	0,00%
Discordo	0	0,00%
Não discordo, nem concordo	0	0,00%
Concordo	5	15,60%
Concordo totalmente	27	84,40%

A formação contínua e o treino regular em simulação clínica para situações de PCR contribuem para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros?

2. A formação contínua e o treino regular em simulação clínica para situações de PCR contribuem para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros?

32 responses



RESULTADOS:

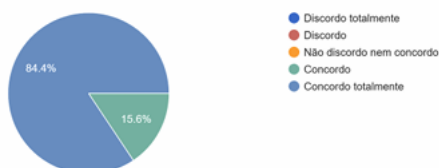
Maioritariamente, os enfermeiros concordam totalmente (n=27/84,4%) que a simulação clínica em PCR contribui para aumentar a segurança do doente no Serviço de Urgência Geral.

Discordo totalmente	0	0,00%
Discordo	0	0,00%
Não discordo, nem concordo	0	0,00%
Concordo	5	15,60%
Concordo totalmente	27	84,40%

A simulação clínica em contexto de PCR no Serviço de Urgência pode aumentar a segurança do doente?

3. Considera que a simulação clínica em contexto de PCR no Serviço de Urgência pode aumentar a segurança do doente?

32 responses



RESULTADOS:

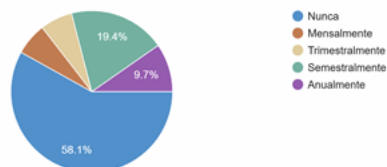
A maioria dos enfermeiros da amostra com 58,1% (n=18), referem que nunca se realiza formação em simulação em PCR no Serviço de Urgência Geral.

Nunca	18	58,10%
Mensalmente	2	6,50%
Trimestralmente	2	6,50%
Semestralmente	6	19,40%
Anualmente	3	9,70%

Frequência de formações em simulação clínica em PCR no Serviço de Urgência Geral

4. Com que frequência se realizam formações em simulação clínica em PCR no Serviço de Urgência?

31 responses



PERCEÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS



RESULTADOS:

A totalidade dos enfermeiros (n=32/100%) manifestou a necessidade de aumentar a frequência dos treinos de simulação clínica em contexto de PCR no Serviço de Urgência Geral.

Sim	32	100,00%
Não	0	0,00%

É necessária uma maior frequência de treinos de simulação clínica em PCR no Serviço de Urgência Geral?

1. Na sua opinião, é necessária uma maior frequência de treinos de simulação clínica em PCR no Serviço de Urgência?

32 responses



RESULTADOS:

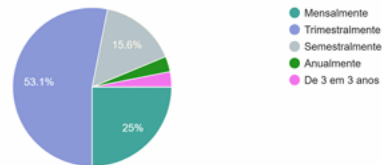
No que concerne à periodicidade da formação regular em simulação clínica no Serviço de Urgência, 53,1% dos enfermeiros (n=17) indicaram que a mesma deveria ser realizada trimestralmente, constituindo a opção mais frequentemente selecionada.

Mensalmente	8	25,00%
Trimestralmente	17	53,10%
Semestralmente	5	15,60%
Anualmente	1	3,10%
De 3 em 3 anos	1	3,10%

Com que frequência a formação em simulação clínica deve ser realizada no Serviço de Urgência Geral para assegurar a eficácia das competências adquiridas?

2. Com que frequência considera que a formação regular em simulação clínica deveria ser realizada no Serviço de Urgência para assegurar a eficácia das competências adquiridas?

32 responses



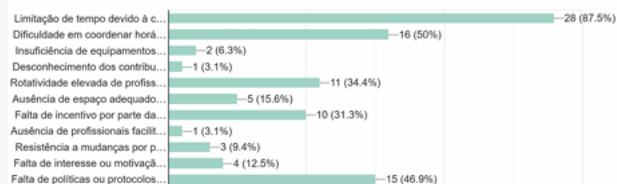
RESULTADOS:

Relativamente às principais barreiras/limitações para a realização de treinos regulares de simulação clínica no Serviço de Urgência Geral, as três opções mais frequentemente selecionadas foram: a limitação de tempo decorrente da carga de trabalho, a dificuldade na coordenação dos horários das equipas de enfermagem e a inexistência de políticas ou protocolos institucionais que incentivem a realização regular de treinos de simulação.

Quais as principais barreiras/limitações para a realização de treinos regulares de simulação clínica no Serviço de Urgência Geral?

3. Na sua opinião, quais são as principais barreiras/limitações para a realização de treinos regulares de simulação clínica no Serviço de Urgência? (selecione as 3 mais significativas)

32 responses



RESULTADOS:

Relativamente às principais barreiras/limitações para a realização de treinos regulares de simulação clínica no Serviço de Urgência Geral, as três opções mais frequentemente selecionadas foram: a limitação de tempo decorrente da carga de trabalho, a dificuldade na coordenação dos horários das equipas de enfermagem e a inexistência de políticas ou protocolos institucionais que incentivem a realização regular de treinos de simulação.

Quais as principais barreiras/limitações para a realização de treinos regulares de simulação clínica no Serviço de Urgência Geral?

Limitação de tempo devido à carga de trabalho	28	87,50%
Dificuldade em coordenar horários das equipas de enfermagem	16	50,00%
Insuficiência de equipamentos ou materiais necessários para simulação	2	6,30%
Desconhecimento dos contributos da simulação clínica	1	3,10%
Rotatividade elevada de profissionais no serviço	11	34,40%
Ausência de espaço adequado para atividades formativas	5	15,60%
Falta de apoio ou incentivo por parte da gestão/chefia	10	31,30%
Ausência de profissionais facilitadores ou formadores especializados	1	3,10%
Resistência a mudanças por parte dos profissionais	3	9,40%
Falta de motivação pessoal	4	12,50%
Falta de políticas ou protocolos que incentivem o treino regular de simulação	15	46,90%

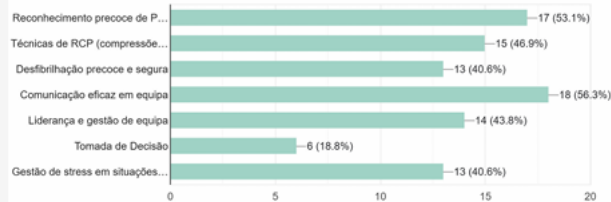
Áreas prioritárias em que considera necessário maior treino para uma gestão eficaz de PCR no Serviço de Urgência Geral?

RESULTADOS:

Relativamente às áreas prioritárias identificadas para um treino mais aprofundado visando uma gestão eficaz da PCR no Serviço de Urgência Geral, as opções mais frequentemente selecionadas foram a comunicação eficaz em equipa, o reconhecimento precoce de PCR e o aperfeiçoamento das técnicas de reanimação cardiopulmonar

4. Identifique as áreas prioritárias em que considera necessário maior treino para uma gestão eficaz de PCR no Serviço de Urgência? (selecione as 3 mais significativas)

32 respostas



Áreas prioritárias em que considera necessário maior treino para uma gestão eficaz de PCR no Serviço de Urgência Geral?

RESULTADOS:

Relativamente às áreas prioritárias identificadas para um treino mais aprofundado visando uma gestão eficaz da PCR no Serviço de Urgência Geral, as opções mais frequentemente selecionadas foram a comunicação eficaz em equipa, o reconhecimento precoce de PCR e o aperfeiçoamento das técnicas de reanimação cardiopulmonar

Reconhecimento precoce de PCR	17	53,10%
Técnicas de RCP (compressões torácicas, ventilação, etc.)	15	46,90%
Desfibrilhação precoce e segura	13	40,60%
Comunicação eficaz em equipa	18	56,30%
Liderança e gestão de equipa	14	43,80%
Tomada de Decisão	6	18,80%
Gestão de stress em situações críticas	13	40,60%

Considera relevante participar em formações regulares de simulação clínica no seu serviço?

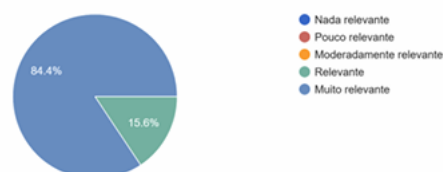
RESULTADOS:

No que concerne à relevância atribuída à participação em formações regulares de simulação clínica no serviço, 84,4% dos enfermeiros (n=27) classificaram-na como muito relevante.

Nada relevante	0	0,00%
Pouco relevante	0	0,00%
Moderadamente relevante	0	0,00%
Relevante	5	15,60%
Muito relevante	27	84,40%

5. Considera relevante participar em formações regulares de simulação clínica no seu serviço?

32 respostas

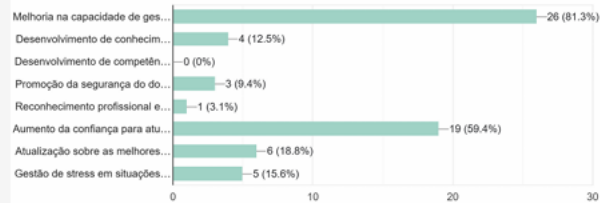


Quais os principais fatores que o motivariam a participar em formações regulares de simulação clínica em PCR no seu serviço?

RESULTADOS:

Relativamente aos fatores que motivacionais para a participação em formações regulares de simulação clínica em PCR, as duas opções mais selecionadas foram a melhoria da capacidade de gestão em situações de PCR e o aumento da confiança para atuar em situações de PCR.

6. Quais são os principais fatores que o motivariam a participar em formações regulares de simulação clínica em PCR no seu serviço? (Selecione as 2 mais significativas)
32 responses



Quais os principais fatores que o motivariam a participar em formações regulares de simulação clínica em PCR no seu serviço?

RESULTADOS:

Relativamente aos fatores que motivacionais para a participação em formações regulares de simulação clínica em PCR, as duas opções mais selecionadas foram a melhoria da capacidade de gestão em situações de PCR e o aumento da confiança para atuar em situações de PCR.

Melhoria na capacidade de gestão em situações de PCR.	26	81,30%
Desenvolvimento de conhecimentos técnicos	4	12,50%
Desenvolvimento de competências não técnicas	0	0,00%
Promoção da segurança do doente	3	9,40%
Reconhecimento profissional e pessoal	1	3,10%
Aumento da confiança para atuar em situações de PCR	6	18,80%
Atualização sobre as melhores práticas em PCR	13	40,60%
Melhoria da gestão de stress em situações críticas	5	15,60%

Sugestão ou comentário adicional sobre o treino de simulação in situ no Serviço de Urgência Geral?

3 responses

O ideal é o treino em equipa multidisciplinar em cenários clínicos simulados mas com o equipamento do próprio serviço e no próprio serviço, permitindo assim, testar espaços, o trabalho em equipa, materiais e tempos de resposta. Sabendo que o evento PCR é altamente stressante, quanto mais treino e mais próximo da realidade mais as equipas se tornarão de alto desempenho com os ganhos já estudados.

Não

Deveria ser realizado um reforço nas formações, tornarem-se mais frequentes a fim de abranger o máximo de profissionais possíveis

Apêndice C – Plano de Projeto do Serviço de Urgência Geral

OBJETIVO GERAL:

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família, em contextos de urgência e emergência.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 - Integrar o contexto institucional, dinâmica organizacional e funcional do serviço.

Atividades/Indicadores de Processo	Recursos	Indicadores de Resultado
• Visita prévia ao serviço para apresentação; • Observação da dinâmica funcional e organizacional do local de estágio; • Consulta de protocolos, procedimentos, normas e instruções de trabalho; • Realização da contextualização do local de estágio; • Observação da dinâmica da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; • Colaboração e interação com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; • Participação nas formações e/ou atividades organizadas no serviço.	Recursos Humanos: - Enfermeira Gestora do serviço, - Enfermeira Supervisora Clínica, - Equipa de enfermagem, - Equipa multidisciplinar. Recursos materiais: - Protocolos, procedimentos e instruções de trabalho do serviço.	▪ Conhece o contexto institucional, dinâmica organizacional e funcional do serviço; ▪ Compreende e cumpre os protocolos institucionais, normas e procedimentos; ▪ Integra-se na dinâmica e nas práticas organizacionais do serviço; ▪ Auto e Heteroavaliação.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2 - Demonstrar competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família.

Atividades/Indicadores de Processo	Recursos	Indicadores de Resultado
• Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, através da mobilização do processo de enfermagem; • Identificação precoce e resposta eficaz a sinais de deterioração clínica, instabilidade e risco de falência multiorgânica à pessoa em situação crítica; • Prestação de cuidados individualizados baseados na evidência científica;	Recursos Humanos: Enfermeira Gestora do serviço, Enfermeira Supervisora Clínica, Equipa de enfermagem, Equipa multidisciplinar.	• Realiza reflexão das atividades realizadas segundo ciclo de Gibbs; • Auto e Heteroavaliação; ▪ Realiza relatório de estágio.

• Realização de registos de enfermagem estruturados promotores da qualidade e continuidade de cuidados prestados; • Gestão de protocolos terapêuticos complexos; • Promoção de cuidados humanizados para o conforto da pessoa em situação crítica; • Avaliação, gestão e monitorização da dor da pessoa em situação crítica; • Comunicação e relação terapêutica eficaz e segura; • Apoio à família da pessoa em situação crítica; • Realização de prática supervisionada de procedimentos técnicos especializados e prestação de cuidados em Suporte Avançado de Vida; • Maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção; • Consulta do Plano de Emergência e Catástrofe do serviço; • Análise reflexiva de prestação de cuidados.	Recursos materiais: - Bases de dados eletrónicas, - Livros, - Artigos científicos, - Regulamento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.	
OBJETIVO ESPECÍFICO 3 - Capacitar a equipa de enfermagem para uma gestão eficaz de PCR.		
Atividades/Indicadores de Processo	Recursos	Indicadores de Resultado
• Realização de reunião com a Enfermeira Supervisora Clínica para discussão da pertinência da temática no serviço; • Observação direta das práticas em situações reais de PCR; • Diagnóstico das necessidades formativas dos enfermeiros (observação direta da prática, feedback informal e aplicação de questionários). • Aplicação de questionários para avaliar a perceção da equipa de enfermagem sobre a importância do treino de simulação; • Pesquisa e partilha de evidência científica sobre a simulação clínica em PCR; • Criação de um plano de sessão de formação com cenários realistas de simulação clínica <i>in situ</i>;	Recursos Humanos: - Enfermeira Gestora do serviço, - Enfermeira Supervisora Clínica, - Supervisor Pedagógico, - Equipa de enfermagem. Recursos materiais: - Computador, - Bases de dados,	▪ Plano de Sessão e Questionários; ▪ Desenvolve articulação teórico-prática baseada na evidência científica; ▪ Materiais de apoio; ▪ Implementa um cenário de simulação <i>in situ</i>; ▪ Realiza a sessão a, pelo menos, uma equipa de enfermagem do serviço;

• Planeamento de treino através de cenários de simulação realista; • Elaboração de uma <i>checklist</i> de avaliação de competências; • Realização de uma sessão de sensibilização sobre a importância da simulação clínica para a gestão de PCR; • Implementação de treino com cenários realistas de simulação <i>in situ</i>; • Realização de <i>debriefing</i> estruturado após cada simulação; • Aplicação de questionários de avaliação da sessão de sensibilização e perceção dos enfermeiros após o treino de simulação; • Análise e partilha dos resultados finais com a equipa de enfermagem; • Elaboração de um guia orientador para a implementação periódica de programas de simulação <i>in situ</i> no serviço de urgência.	- Livros, - Artigos científicos, - Projetor, - PowerPoint, - Espaço físico (sala do hospital), - Manequim, - Equipamento e material de reanimação, - Questionários.	▪ Obtém satisfação da equipa no programa de treino de, pelo menos, 75%, no mínimo, em nível 'Satisfatório'; ▪ Obtém uma avaliação da sessão de, pelo menos, 75% dos participantes, no mínimo, em nível 'Satisfatório'; ▪ Realiza auto e heteroavaliações durante todo o percurso.
--	--	---

Apêndice D – Cronograma de Atividades do Serviço de Urgência Geral

[illegible]

[illegible]

[illegible]

**Apêndice E – Pedido de autorização à comissão de ética para a saúde para o projeto
na Viatura Médica de Emergência e Reanimação**

Submissão do estudo "Paragens Cardiorrespiratórias Extra-Hospitalares em 2024: Um Estudo Retrospectivo Observacional"

1 message

Ricardo Picoito [REDACTED] Wed, Jul 9, 2025 at 12:27 PM
To: [REDACTED], "[REDACTED] Presidente da Comissão de Ética para a Saúde (CES)" <[REDACTED]>
Cc: TATIANA TEIXEIRA <[REDACTED]>, tatiana.teixeira [REDACTED], [REDACTED] >, [REDACTED] | Diretora de Enfermagem do Hospital de [REDACTED], [REDACTED] | Enfermeira Diretora - Vogal Executivo [REDACTED]

Exma. Presidente da Comissão de ética da [REDACTED], Dra. [REDACTED]
Exma. Secretária da Comissão de ética da [REDACTED], Dra. [REDACTED]

Bom dia, espero que se encontrem bem.
Em nome da Sra. Enfermeira Tatiana Teixeira, enfermeira no Serviço de Urgência Geral da ULSLO e Investigadora Principal do estudo "Paragens Cardiorrespiratórias Extra-Hospitalares em 2024: Um Estudo Retrospectivo Observacional", venho submeter este estudo para apreciação e obtenção de parecer pela CES da ULSLO.
É um estudo académico de Mestrado em Enfermagem, com orientação do Dr. Paulo Santos.

Todo o processo, em formato de papel, será enviado hoje, via correio interno da ULSLO.
Qualquer questão, não hesitem em colocar.
Pela equipa de investigação, os nossos melhores cumprimentos,

Ricardo Picoito, RN | M.Sc. | PhD Student
Enfermeiro Especialista no Serviço de Inovação e Investigação Clínica
Membro do Núcleo de Investigação e Formação em Enfermagem (NIFE)
[REDACTED] (extensão interna: 2092)



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
[REDACTED]

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE [REDACTED]

Lisboa, 08 Julho de 2025

Exma. Sra. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de [REDACTED],
E.P.E.

Professora Dra. [REDACTED]

Assunto: Submissão e pedido de parecer do estudo "Paragens Cardiorrespiratórias Extra-Hospitalares em 2024: Um Estudo Retrospectivo Observacional"

Na qualidade de Investigadora Principal do estudo, venho por este meio solicitar o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde [REDACTED] do estudo designado por "Paragens Cardiorrespiratórias Extra-Hospitalares em 2024: Um Estudo Retrospectivo Observacional" cujo objetivo geral é: Caracterizar o contexto da PCR no extra-hospitalar da VMER, no ano de 2024, desde a identificação das principais condicionantes da cadeia de sobrevivência e áreas de melhoria, até à justificação da relevância da implementação de programas regulares de simulação clínica, como possíveis estratégias formativas que contribuirão para uma gestão eficaz de PCR das equipas de emergência, bem como da população em geral.

Este estudo não tem financiamento previsto, sendo os custos do estudo suportado pela equipa de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Tatiana Filipa Alves Teixeira

A Investigadora Principal,

Afiliação

[REDACTED] Unidade Local de Saúde [REDACTED]

Declaração sobre Política de divulgação de dados

Os dados usados para análise serão anonimizados de forma irreversível.

Não serão divulgados dados pessoais de nenhum dos participantes.

Este protocolo e o relatório completo de estudo serão publicados como artigos científicos em revistas de enfermagem internacionais que promovem a revisão por pares.

Este estudo também fará parte de um relatório de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa que será publicado no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) disponível em: www.rcaap.pt.

A equipa de investigadores divulgará os resultados destes estudos em conferências médicas nacionais e internacionais.

Os investigadores comprometem-se a publicar os resultados do projeto, quer sejam favoráveis ou desfavoráveis.



Investigador (a) Principal,
Enfermeira Tatiana Teixeira

Lisboa, 08 de Julho de 2025

TÍTULO DO ESTUDO

**“PARAGENS CARDIORRESPIRATÓRIAS EXTRA-HOSPITALARES EM 2024: UM ESTUDO
RETROSPETIVO OBSERVACIONAL”**

NOME DOS AUTORES E AFILIAÇÃO

¹ Tatiana Teixeira. Enfermeira na ULS [REDACTED]. Estudante de Mestrado Médico-Cirúrgica na Área de Especialização do Doente Crítico [Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa]

² Paulo Santos. Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

INTRODUÇÃO

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) constitui-se como um problema de saúde pública e uma ocorrência emergente.^{1,2,3,4} Está diretamente correlacionada com a mortalidade a nível global em contexto intra-hospitalar, bem como no contexto extra-hospitalar.⁴ A elevada incidência de ativações no extra-hospitalar detém um impacto socioeconómico considerável. Isto é, traduz-se em custos elevados associados à mortalidade, morbilidade e necessidade de recursos imprescindíveis para a implementação e manutenção de sistemas de resposta.⁴ Este cenário clínico desafiante exige das equipas de emergência intervenções céleres, coordenadas, eficientes e alicerçadas em protocolos bem definidos, baseados em evidência científica e na promoção da cultura de segurança do doente, para otimizar um prognóstico mais favorável.^{4,5,6,7} O *outcome* do doente pode ser condicionado por diferentes fatores ao longo da cadeia de sobrevivência, desde o reconhecimento precoce da PCR, ativação dos meios de emergência médica extra-hospitalar e início precoce de manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) por circunstantes até, em última instância, à realização de Suporte Avançado de Vida (SAV) pelos profissionais de saúde.⁴

Esta temática sublinha a necessidade de investimento em estratégias de formação contínua das equipas de emergência, sendo a simulação clínica, reconhecida internacionalmente, como um padrão de excelência para o desenvolvimento de competências na área da saúde, essenciais para uma gestão eficaz de PCR.⁸

Em suma, este estudo surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica e visa a recolha e análise de dados das ocorrências das PCR na VMER no ano de 2024. Pretende-se que esta caracterização seja um avanço significativo na fundamentação da relevância de programas de simulação clínica para a capacitação dos profissionais de saúde, bem como para a sensibilização da população em geral.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, HIPÓTESE E OBJETIVOS

Objetivos:

☐ **Objetivo Geral:**

Este estudo apresenta como objetivo geral: Caracterizar o contexto da PCR no extra-hospitalar da VMER, no ano de 2024, desde a identificação das principais condicionantes da cadeia de sobrevivência e áreas de melhoria, até à justificação da relevância da implementação de programas regulares de simulação clínica, como possíveis estratégias formativas que contribuirão para uma gestão eficaz de PCR das equipas de emergência, bem como da população em geral.

☐ **Específicos:**

Para a concretização do objetivo supracitado, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Quantificar o número total de ocorrências de PCR;
- Quantificar o número de PCR presenciadas e não presenciadas;
- Determinar o número de PCR com SBV por circunstâncias;
- Identificar o local de ocorrência da PCR (domicílio, via pública, etc);
- Determinar o tempo de resposta da VMER desde a ativação até à chegada ao local da ocorrência;
- Quantificar o número de PCR com SAV realizado pela equipa da VMER;
- Determinar o número de óbitos;
- Determinar o número de indivíduos com recuperação da circulação espontânea;
- Correlacionar os resultados obtidos com a implementação de programas de simulação clínica para uma gestão eficaz de PCR no contexto extra-hospitalar.

DESENHO DO ESTUDO E MÉTODOS

- ☐ **Tipo de estudo:** Trata-se de um estudo observacional, de coorte retrospectivo e temporal, não interventivo, em contexto extra-hospitalar.

POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

☐ **Tamanho da amostra e processo de seleção e recrutamento da amostra:**

Neste estudo, serão incluídas todas as ativações da VMER do [REDACTED] onde ocorreram situações de PCR, presenciadas ou não, durante o ano de 2024, sendo neste momento desconhecido o tamanho da amostra.



☐ **CrITÉRIOS de inclusÃO:**

Como critérios de inclusão serão consideradas todas as situações de PCR, com ativação da VMER do [REDACTED] entre o dia 01 de Janeiro de 2024 e 31 de Dezembro de 2024, inseridas corretamente na base de dados institucional da VMER.

ESPECIFICAÇÕES DA RECOLHA DE DADOS

▪ **Fontes de informação:**

Os dados de PCR para a realização do estudo serão obtidos através do acesso à base de dados eletrónica institucional da VMER. Em caso de necessidade, poderão ser consultadas as fichas CODU em documento formato papel para esclarecimento de dúvidas.

▪ **Processo de recolha de informação:**

Este estudo terá início após autorização prévia da coordenação da VMER para a concretização do mesmo. A metodologia definida para a recolha de informação estrutura-se através da consulta de dados devidamente inseridos na base de dados institucional da VMER. Posteriormente, os dados obtidos serão colocados numa grelha de recolha de dados estruturada e agregados e analisados na globalidade e de forma confidencial. Estes dados serão armazenados num documento encriptado com uma password em plataforma google drive. O acesso ao mesmo será restrito, ou seja, apenas os investigadores do estudo terão acesso ao documento encriptado onde constarão os resultados.

▪ **Duração do estudo:**

Para a realização deste estudo, estima-se uma duração de 3 meses para a recolha de dados, com início em Julho de 2025 e término em Setembro de 2025.

▪ **Análise estatística:**

Os dados obtidos serão organizados com recurso ao software estatístico SPSS ou Excel e analisados de acordo com uma análise estatística descritiva. No final, os resultados serão apresentados sob visualização de gráficos e tabelas, promovendo uma melhor compreensão da distribuição dos dados.

▪ **Processo de tratamento dos dados:**

Os dados obtidos serão analisados de forma anónima e confidencial. Os investigadores não utilizarão informação individual dos indivíduos (nome, antecedentes pessoais, número de ficha CODU), pelo que será impossível associar um caso de PCR a um indivíduo em particular, não existindo risco de identificação.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

Este estudo assenta na realização de uma análise retrospectiva de dados previamente existentes. O processo de recolha e análise de dados terá início após autorização prévia da instituição, sendo os dados obtidos de forma anónima, retrospectiva e exclusivamente através do acesso a base de dados institucional da VMER. Não existirá contacto nem qualquer tipo de intervenção direta nos indivíduos objeto de estudo, pelo que o risco associado a este estudo é considerado mínimo/nulo. Serão cumpridos os princípios e normas éticas e legais de proteção de dados atualmente vigentes, respeitando a confidencialidade, anonimato e proteção da identidade de todos os indivíduos objeto do estudo.

Em contrapartida, este estudo poderá contribuir para melhorar os sistemas de resposta à PCR extra-hospitalar. A análise pormenorizada das situações de PCR sucedidas em ambiente extra-hospitalar no ano de 2024 evidenciará importantes contributos para a prática clínica. Ora, a identificação das principais limitações e condicionantes da cadeia de sobrevivência, bem como das principais áreas de melhoria na gestão de PCR extra-hospitalar, será um alicerce essencial para fundamentar a necessidade e importância da implementação de estratégias formativas, apoiadas na prática simulada, para o desenvolvimento de competências das equipas de emergência e população em geral. Formar e capacitar os profissionais de saúde e a comunidade para intervir nestas situações críticas, são fatores determinantes que levam certamente a melhores prognósticos.

ESTIMATIVA DE CUSTOS E FONTES DE FINANCIAMENTO:

Não estarão associados custos e fontes de financiamento para a realização deste estudo. No entanto, caso tal se verifique, todos os custos implícitos ao estudo serão única e exclusivamente da responsabilidade do investigador principal. A instituição de saúde não terá, em nenhum momento, qualquer custo adicional.

PROPRIEDADE E EVENTUAL PUBLICAÇÃO DE DADOS

Este estudo, tal como supracitado, será desenvolvido em contexto académico como parte integrante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo que numa primeira fase os dados serão utilizados apenas para fins académicos como objeto de publicação de um relatório final, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), disponível em: www.rcaap.pt. Todavia, com o intuito de assegurar a confidencialidade e princípios éticos do estudo, o nome da instituição de saúde será omitido no relatório académico.

Numa segunda fase, reconhecendo que os resultados obtidos pertencem à instituição onde o estudo será desenvolvido, pretende-se autorização para que os dados possam eventualmente ser utilizados para fins científicos e institucionais, sempre com o consentimento prévio da instituição de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Santos ME, Santos MA, Silva PM, Azinheiro SS, Costeira CR, Duarte HM. Conhecimentos teóricos dos enfermeiros sobre suporte avançado de vida nos cuidados à pessoa em situação crítica. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2024 Dez [citado 2024 Dez 13]; serVI no.3 supl.1: e32232. doi: <https://doi.org/10.12707/rvi23.84.32232>.
2. Rente M, Costa M, Pontes M, Príncipe F, Mota L. Perceção dos enfermeiros sobre prática simulada em suporte básico de vida na prática clínica. Millenium. 2021;2(16):65-72. doi: <https://doi.org/10.29352/mill0216.24482>.
3. Mateus P, Martins M, Frutuoso A, Ferreira L, Martins M. Paragem cardiopulmonar extra-hospitalar: impacto do tempo de resposta dos meios de emergência. Gestão e Desenvolvimento. 2024; 32:91-107. doi: [10.34632/gestaoedesenvolvimento.2024.16116](https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2024.16116)
4. Cardoso L, Barros JP. Paragem cardiopulmonar: um estudo de caso sobre uma resposta rápida e integrada. In: Barros JP, Filipe CSM, editores. Enfermagem Contemporânea: novos desafios, integração de cuidados e percurso assistencial. 1ª ed. [S.l.]: Editora Científica; 2024. p. 131-45. doi: [10.37885/241017929](https://doi.org/10.37885/241017929).
5. Nogueira AF, Gonçalves JF, Costa MA. Competências Não Técnicas em Suporte Avançado de Vida: Revisão Sistemática da Literatura. RIASE - Revista de Investigação e na Supervisão Educacional. doi: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).497.401-421](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).497.401-421).
6. Oliveira AB, Silva LTO, Souza CS. A atuação do enfermeiro nos casos de parada cardiopulmonar: uma revisão integrativa da literatura [The nurse's performance in cases of cardiopulmonary arrest: an integrative literature review]. Research, Society and Development. 2022;11(12): e582111235159. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd.v11i12.35159>.
7. Herrero-Izquierdo L, Abajas-Bustillo R, Ortego-Maté C, Alconero-Camarero AR. Effectiveness of high-fidelity clinical simulation in cardiopulmonary resuscitation training: A systematic review and meta-analysis of controlled trials. Resuscitation. 2025; 981:01665. doi: [10.1016/j.resusc.2024.01665](https://doi.org/10.1016/j.resusc.2024.01665).
8. Brazão ML, Nóbrega S, Barreto F, Almada S. O papel da simulação no treino de equipas de urgência [The role of simulation in emergency teams training]. Pontos de Vista. 2022;29(4) doi: <https://doi.org/10.24950/rspmi.1229>.

SINOPSE

TÍTULO DO ESTUDO

"Paragens Cardiorrespiratórias Extra-Hospitalares em 2024: Um Estudo Retrospectivo Observacional"

OBJETIVO

- Caracterizar o contexto da PCR no extra-hospitalar da VMER, no ano de 2024, desde a identificação das principais condicionantes da cadeia de sobrevivência e áreas de melhoria, até à justificação da relevância da implementação de programas regulares de simulação clínica, como possíveis estratégias formativas que contribuirão para uma gestão eficaz de PCR das equipas de emergência, bem como da população em geral.

DESENHO DO ESTUDO

Tipo do Estudo	Estudo observacional, de coorte retrospectivo e temporal, não interventivo, em contexto extra-hospitalar.
Âmbito do Estudo	Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa (ESSCVP).
População-alvo	Indivíduos em situação de PCR, atendidos pela VMER do [Redacted].
Critérios de Inclusão	Todas as situações de PCR com ativação da VMER, no ano de 2024, registadas corretamente na base de dados institucional da VMER.
Variáveis do Estudo	Para o cumprimento do objetivo supramencionado, preconiza-se a recolha da seguinte informação: ▪ Número total de casos de PCR; ▪ Número de PCR classificadas como presenciadas/não presenciadas; ▪ Número de PCR com Suporte Básico de Vida (SBV) realizado por circunstantes; ▪ Local de ocorrência da PCR (domicílio/via pública); ▪ Tempo estimado de resposta da VMER, decorrido entre a ativação e chegada ao local do incidente; ▪ Número de PCR com Suporte Avançado de Vida (SAV) realizado pela VMER; ▪ Número de óbitos/casos de recuperação da circulação espontânea.

Fontes de Informação	Os dados de PCR serão obtidos através do acesso à base de dados eletrónica institucional da VMER. Em caso de necessidade, poderão ser consultadas as fichas CODU em formato papel para esclarecimento de dúvidas.
Processo de Recolha de Informação	▪ Este estudo terá início após autorização prévia da coordenação da VMER para a concretização do mesmo; ▪ Os investigadores não terão qualquer contacto nem registarão informação individual dos indivíduos (nome, antecedentes pessoais, número de ficha CODU), pelo que será impossível associar um caso de PCR a um indivíduo em particular, não existindo risco de identificação. ▪ Os dados do estudo serão agregados e analisados na globalidade e de forma anónima; ▪ Toda a informação deste estudo será armazenada numa localização segura, num documento encriptado com uma password em plataforma google drive; ▪ Apenas os investigadores responsáveis pelo estudo terão acesso ao documento onde constarão os dados obtidos, não havendo partilha de informações com outros investigadores; ▪ Após a finalização do estudo, os dados serão devidamente destruídos pelos investigadores do estudo.
Análise de dados	Os dados obtidos serão organizados com recurso ao software estatístico SPSS ou Excel e analisados de acordo com uma análise estatística descritiva. No final, os resultados serão apresentados sob visualização de gráficos e tabelas, promovendo uma melhor compreensão da distribuição dos dados.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Serão cumpridas as normas éticas e legais de proteção de dados atualmente vigentes, respeitando a confidencialidade, anonimato e proteção da identidade de todos os indivíduos objeto do estudo;

Os dados do estudo serão obtidos de forma anónima, retrospectiva e exclusivamente através do acesso a bases de dados institucional, sem contacto direto com os indivíduos objeto de estudo; Não existirá qualquer tipo de intervenção direta nos indivíduos, pelo que o risco associado a este estudo é considerado mínimo/nulo;

Não será recolhida informação individual dos indivíduos, pelo que não existirá risco de identificação dos mesmos;

PROPRIEDADE E EVENTUAL PUBLICAÇÃO DE DADOS/APLICABILIDADE DOS RESULTADOS

Os resultados adquiridos serão utilizados, numa primeira fase, para fins académicos no que concerne à publicação de um relatório final, disponível em repositório científico institucional. Numa segunda fase, os mesmos resultados poderão ser utilizados para fins científicos e institucionais, sempre com consentimento da instituição de saúde.

FINANCIAMENTO E CUSTOS

Não estarão associados custos e fontes de financiamento. No entanto, caso tal se verifique, todos os custos implícitos ao estudo serão única e exclusivamente da responsabilidade do investigador principal. A instituição de saúde não terá, em nenhum momento, qualquer custo adicional.

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA DA VMER

Unidade: Unidade Local de Saúde Lisboa [Redacted] E.P.E.

Investigador Principal – Tatiana Filipa Alves Teixeira

Serviço da ULSLO: Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Hospital [Redacted]
[Redacted]

Estudo | Projeto de Investigação – Título: “Paragens Cardiorrespiratórias Extra-Hospitalares em 2024: Um Estudo Retrospectivo Observacional”

Na qualidade de Diretora Clínica da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), do Hospital [Redacted] da [Redacted], declaro que autorizo a realização do projeto de investigação acima mencionado, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Hospital [Redacted] da Unidade Local de Saúde [Redacted] E.P.E., por se tratar de um estudo com interesse científico para o Serviço e para a População.

Declaro ainda que o serviço possui os meios técnicos, humanos e logísticos, necessários à boa condução do estudo referido, de acordo com o protocolo que me foi apresentado.

Lisboa, 08 de julho de 2025


Dra. [Redacted]

(Diretora Clínica da VMER, do Hospital [Redacted])

Termo de Responsabilidade

Eu, Tatiana Filipa Alves Teixeira, abaixo assinado, na qualidade de Investigador Principal na Unidade Local de Saúde [REDACTED], do estudo "Paragens Cardiorrespiratórias Extra-Hospitalares em 2024: Um Estudo Retrospectivo Observacional" declaro por minha honra que as informações prestadas na Carta de Apresentação são verdadeiras. Mais, declaro que, os dados recolhidos durante o estudo serão confidenciais, só acessíveis aos investigadores do estudo e serão respeitados os princípios éticos consignados na Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somrset West 1996, Edimburgo 2000, Fortaleza 2013 e Finlândia 2024), nas "Guidelines for Good Clinical Practice" da Organização Mundial de Saúde e da Convenção dos direitos do Homem e da Biomedicina" da Comunidade Europeia, no que se refere à Experimentação, que envolve seres humanos.

Lisboa, 08 de Julho de 2025

O Investigador Principal

Tatiana Filipa Alves Teixeira

Tatiana Filipa Alves Teixeira

[REDACTED], Unidade Local de Saúde [REDACTED]

Apêndice F – Questionário aplicado na Viatura Médica de Emergência e Reanimação

TEMA: Contributos da Simulação Clínica em Paragem Cardiorrespiratória:
Desenvolvimento de Competências das Equipas de Emergência

QUESTIONÁRIO

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é considerada uma emergência e representa uma das principais causas de mortalidade a nível global.^{1,2} Exige dos profissionais de saúde uma intervenção rápida e, tanto quanto possível, eficaz, orientada para a prevenção ou reversão da mesma, com o objetivo de otimizar os melhores resultados.³ A exposição contínua a cenários críticos, requer que estes estejam devidamente capacitados para intervir em conformidade com as diretrizes estabelecidas de reanimação cardiopulmonar.⁴

A simulação clínica surge como uma metodologia inovadora e de crescente relevância na área da saúde. É reconhecida internacionalmente como um padrão de excelência (“*gold standard*”) para o treino das equipas de emergência, permitindo o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas dos profissionais de saúde.⁵

Para além das competências dos profissionais de saúde, o *outcome* da PCR em ambiente extra-hospitalar pode estar condicionado por inúmeros fatores, nomeadamente o reconhecimento precoce da PCR e pedido de ajuda, o período decorrido desde o acionamento dos meios de emergência até à sua chegada ao local, início precoce de manobras de SBV por circunstantes, tempos de “*no/low flow*” e insuficiente informação clínica do doente.⁶

Este questionário encontra-se integrado no projeto de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização do doente crítico. Apresenta como principais objetivos avaliar a perceção da equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) sobre os principais desafios e/ou condicionantes na gestão da PCR no contexto pré-hospitalar, bem como a importância da simulação clínica na capacitação das equipas de emergência.

O preenchimento deste questionário é voluntário. Os dados serão analisados de forma confidencial, assegurando o anonimato de todos os participantes, sendo a sua utilização exclusiva para fins académicos.

Agradeço a sua colaboração, que será crucial para a concretização do meu trabalho académico.

Tatiana Teixeira

SECÇÃO 1 – Dados demográficos

1. Idade:

- ☐ Inferior a 30 anos
- ☐ 30 a 39 anos
- ☐ 40 a 49 anos
- ☐ Superior a 50 anos

2. Género

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Outro

3. Grupo profissional

- ☐ Enfermeiro (a)
- ☐ Médico (a)

4. Tempo de experiência profissional?

- ☐ 5 a 10 anos
- ☐ 11 a 15 anos
- ☐ 16 a 20 anos
- ☐ Superior a 20 anos

5. Tempo de experiência na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)?

- ☐ Inferior a 1 ano
- ☐ 1 a 3 anos
- ☐ 4 a 7 anos
- ☐ 8 a 10 anos
- ☐ Superior 10 anos

6. Qual o seu principal contexto de trabalho?

- ☐ Serviço de Urgência Geral
 - ☐ Unidade de Cuidados Intensivos
 - ☐ Bloco Operatório
 - ☐ Serviço de Internamento
 - ☐ Outro: _____
-

SECÇÃO 2: Perceção dos profissionais de saúde sobre os principais desafios e/ou condicionantes na gestão da PCR em contexto do pré-hospitalar

1. Na sua opinião, quais são os principais condicionantes na gestão de situações de PCR no ambiente pré-hospitalar? (Selecione as três opções que considera mais importantes)

- ☐ Atraso no reconhecimento da PCR
- ☐ Ausência de SBV por circunstâncias
- ☐ Tempo de “*no/low flow*” prolongado
- ☐ Período decorrido desde o acionamento dos meios de emergência até à chegada ao local de ocorrência
- ☐ Condições do local (espaço limitado, acessibilidade, segurança, higiene, luminosidade)
- ☐ Coordenação da equipa da VMER e bombeiros/TEPH
- ☐ Gestão de competências técnicas (compressões eficazes, desfibrilhação, gestão da via aérea, acesso venoso/IO, administração de fármacos)
- ☐ Gestão de competências não técnicas (comunicação, liderança, gestão de tarefas)
- ☐ Extração e transporte do doente
- ☐ Condições do doente (antecedentes/comorbidades, causa da PCR)
- ☐ Informação clínica do doente desconhecida ou insuficiente
- ☐ Outra: _____

2. Em média, como quantifica o tempo estimado decorrido desde o acionamento da VMER até à chegada ao local de ocorrência de PCR?

- ☐ Inferior a 3 minutos
- ☐ 3 a 5 minutos
- ☐ 6 a 9 minutos
- ☐ 10 a 15 minutos
- ☐ Superior a 15 minutos

3. Como classifica o SBV realizado por circunstantes numa PCR presenciada no pré-hospitalar?

- ☐ Inexistente
- ☐ Insuficiente
- ☐ Razoável
- ☐ Bom
- ☐ Muito bom

4. Em média, como quantifica o tempo estimado de “no flow” em situações de PCR no pré-hospitalar?

- ☐ Inferior a 1 minuto
- ☐ 1 a 3 minutos
- ☐ 4 a 5 minutos
- ☐ 6 a 10 minutos
- ☐ Superior a 10 minutos

5. Relativamente à extração e transporte do doente em PCR ou ROSC, quais são as principais dificuldades sentidas? (Selecione as duas opções que considera mais importantes)

- ☐ Escassez de recursos humanos
- ☐ Escassez de equipamentos e materiais de extração

- ☐ Limitação do espaço/acessibilidade
- ☐ Dificuldade em manter manobras de SAV
- ☐ Segurança da equipa comprometida
- ☐ Gestão de familiares/circunstantes
- ☐ Logística de transporte dos equipamentos (desfibrilhador, ventilador, etc) e doente
- ☐ Necessidade de rapidez de extração para otimização do *outcome* do doente
- ☐ Condições meteorológicas adversas
- ☐ Estado clínico do doente
- ☐ Coordenação da equipa VMER/bombeiros/TEPH
- ☐ Outra: _____

6. Quais considera serem as estratégias mais eficazes para minimizar as condicionantes da PCR no ambiente pré-hospitalar? (Selecione as duas opções que considera mais importantes)

- ☐ Programas de formação de SBV para a população
- ☐ Programas regulares de simulação clínica para os profissionais de saúde
- ☐ Orientação telefónica do CODU à população para adoção de SBV precoce
- ☐ Melhorar a transmissão de informação pelo CODU à equipa da VMER
- ☐ Outra: _____

SECÇÃO 3: Perceção dos profissionais de saúde sobre a importância da simulação clínica na gestão eficaz de PCR no contexto do pré-hospitalar

1. Em média, por mês, em quantas situações de PCR está envolvido (a) no seu contexto de trabalho habitual?

- ☐ Nenhuma
- ☐ 1 a 2 por mês
- ☐ 3 a 5 por mês
- ☐ 6 a 10 por mês
- ☐ Superior a 10 por mês

3. Já participou em treinos de simulação para situações de PCR no contexto pré-hospitalar implementados pela VMER?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4. Se respondeu sim à questão anterior, os cenários de simulação clínica foram realistas de situações do contexto pré-hospitalar?

- ☐ Sim
- ☐ Não

5. Na sua opinião, qual a importância da simulação clínica no desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde para uma gestão eficaz de PCR no contexto pré-hospitalar?

- ☐ Nada importante
- ☐ Pouco importante
- ☐ Moderadamente importante
- ☐ Importante
- ☐ Muito importante

6. Com que frequência se realiza formação em simulação clínica em PCR na VMER?

- ☐ Nunca
- ☐ Mensalmente
- ☐ Trimestralmente
- ☐ Semestralmente
- ☐ Anualmente
- ☐ Outra: _____

7. Com que frequência considera que a formação em simulação clínica deve ser realizada na VMER para assegurar um desempenho eficaz da equipa na gestão de PCR no pré-hospitalar?

- ☐ Mensalmente

- ☐ Trimestralmente
- ☐ Semestralmente
- ☐ Anualmente
- ☐ Dispensável
- ☐ Outra: _____

7. Quais considera serem as principais limitações para a realização de treinos de simulação clínica em PCR na VMER? (selecione as 2 opções que considera mais importantes)

- ☐ Indisponibilidade para formações adicionais fora do horário laboral
- ☐ Dificuldade na coordenação de horários/Limitação de tempo
- ☐ Insuficiência de equipamentos ou materiais necessários para simulação
- ☐ Desconhecimento dos contributos da simulação clínica
- ☐ Ausência de espaço adequado para atividades formativas
- ☐ Ausência de profissionais facilitadores ou formadores
- ☐ Resistência a mudanças por parte dos profissionais
- ☐ Falta de motivação pessoal
- ☐ Falta de políticas ou protocolos que incentivem o treino regular de simulação
- ☐ Desinteresse na temática
- ☐ Outra: _____

8. Considera que algumas condicionantes/dificuldades na gestão de situações de PCR no ambiente pré-hospitalar podem ser melhoradas através da prática simulada?

- ☐ Sim
- ☐ Não

9. Se respondeu sim à questão anterior, qual a condicionante que avalia como prioritária?

- ☐ Competências técnicas (Técnicas de RCP, desfibrilhação, acesso IV/IO, fármacos)

- ☐ Competências não técnicas (comunicação, liderança, tomada de decisão e gestão de equipa)
- ☐ Articulação/coordenação com bombeiros/TEPH
- ☐ Extração e transporte rápido e seguro do doente crítico
- ☐ Condições logísticas (tempo de resposta, acessibilidade ao local)
- ☐ Outra (especificar): _____

10. Quais são os principais fatores que o motivariam a participar numa formação de simulação clínica em PCR pré-hospitalar na VMER? (Selecione as 2 opções que considera mais importante)

- ☐ Promoção da segurança do doente
- ☐ Atualização sobre as melhores práticas em PCR
- ☐ Reconhecimento profissional e pessoal
- ☐ Aquisição ou consolidação de competências técnicas (Algoritmo de SAV, Gestão da via aérea, utilização do desfibrilhador)
- ☐ Aquisição ou consolidação de competências não técnicas (comunicação eficaz, liderança, tomada de decisão, gestão da equipa)
- ☐ Aumento da confiança para intervir em situações de PCR
- ☐ Gestão de stress em situações críticas
- ☐ Outra: _____

11. Considera pertinente incluir no plano de formação anual da VMER a simulação baseada em cenários de PCR?

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. Sugestão ou comentário adicional sobre a simulação na VMER para a gestão de PCR no pré-hospitalar?

Obrigada pela sua colaboração,

Tatiana Teixeira

Referências bibliográficas

1. Santos ME, Santos MA, Silva PM, Azinheiro SS, Costeira CR, Duarte HM. Conhecimentos teóricos dos enfermeiros sobre suporte avançado de vida nos cuidados à pessoa em situação crítica. Rev Enf Ref [Internet]. 2024 Dez [citado 2024 dez 13]; serVI no. 3 supl.1: 1-9. DOI: <https://doi.org/10.12707/rvi23.84.32232>
2. Rente M, Costa M, Pontes M, Príncipe F, Mota L. Percepção dos enfermeiros sobre prática simulada em suporte básico de vida na prática clínica. Millenium [Internet]. 2021 [citado 2024 dez 13]; 2(16):65-72. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0216.24482>
3. Nogueira AF, Gonçalves JF, Costa MA. Competências não técnicas em suporte avançado de vida: revisão sistemática da literatura. RIASE Rev Investig Acao Superv Educ [Internet]. 2021 [citado 2024 dez 13]; 7(3):401-421. DOI: [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).497.401-421](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).497.401-421)
4. Oliveira AB, Silva LT, Souza CS. A atuação do enfermeiro nos casos de parada cardiorrespiratória: uma revisão integrativa da literatura [The nurse's performance in cases of cardiorespiratory arrest: an integrative literature review]. Res Soc Dev [Internet]. 2022 [citado 2024 dez 13]; 11(12): 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.35159>
5. Brazão ML, Nóbrega S, Barreto F, Almada S. O Papel da Simulação no Treino de Equipas de Urgência [The Role of Simulation in Emergency Teams Training]. Res Tri [Internet]. 2022 [citado 2024 dez 13]; 29(4): 287-299. DOI: <https://doi.org/10.24950/rspmi.1229>
6. Mateus P, Martins M, Frutuoso A, Ferreira L, Martins M. Paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar: impacto do tempo de resposta dos meios de emergência. Gest Desenvolv [Internet]. 2024 [citado 2024 dez 13]; 32:91-107. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2024.16116>

**Apêndice G – Apresentação dos resultados dos questionários da Viatura Médica de
Emergência e Reanimação**

Resultados do Questionário da Viatura Médica de Emergência e Reanimação



Objetivos

O questionário apresenta como principais objetivos:

1 Avaliar a perceção da equipa da VMER sobre os principais desafios e/ou condicionantes na gestão da Paragem Cardiorrespiratória no contexto do Pré-Hospitalar.



2 Avaliar a importância da simulação clínica na capacitação das equipas de emergência do Pré-Hospitalar.

Consentimento

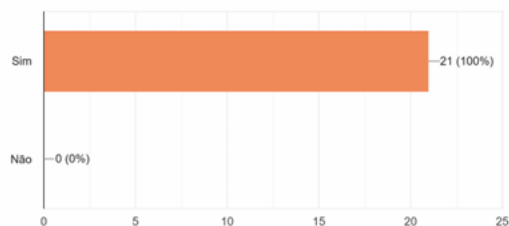
RESULTADOS:

Todos os participantes (100%) concordaram em participar voluntariamente no questionário.

Os dados foram recolhidos de forma anónima e utilizados exclusivamente para fins académicos.

Declaro que aceito participar de forma voluntária e anónima neste questionário, autorizando a utilização dos dados para fins académicos.

21 responses



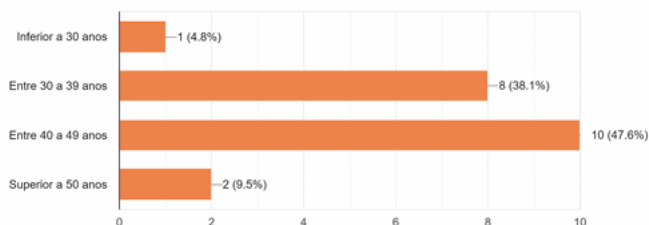
Caracterização da Amostra

Idade

RESULTADOS:

A amostra é constituída por 21 participantes, médicos e enfermeiros. A faixa etária mais representada é de 40 a 49 anos, incluindo 47,6% da amostra (n=10). Segue-se a faixa etária dos 30 aos 39 anos com 38,1% (n=8). Por fim, 9,5% (n=2) tem idade igual ou superior a 50 anos e apenas 4,8% (n=1) tem idade inferior a 30 anos.

1. Idade:
21 responses



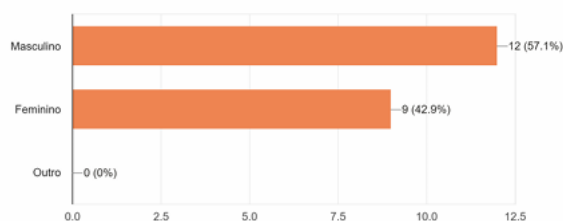
Caracterização da Amostra

Género

RESULTADOS:

Relativamente ao género, verifica-se que 57,1% (n=12) da amostra são do sexo masculino, enquanto 42,9% (n=9) são do sexo feminino.

2. Género:
21 responses



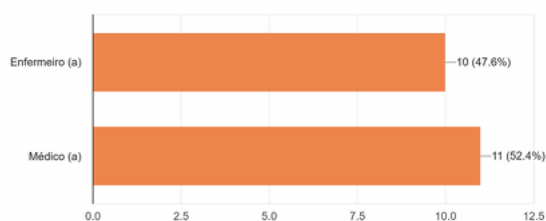
Caracterização da Amostra

Categoria Profissional

RESULTADOS:

No que diz respeito à categoria profissional, a amostra mostrou-se equilibrada. 52,4% (n=11) são médicos, enquanto os restantes 47,6% (n=10) são enfermeiros.

3. Grupo profissional
21 responses



RESULTADOS:

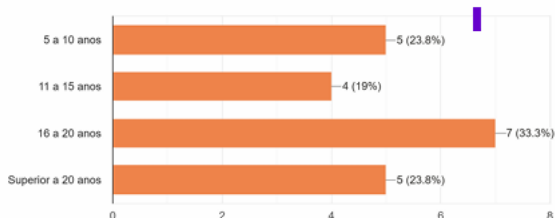
De forma geral, observa-se uma amostra com marcada experiência profissional. Verifica-se que 33,3% (n=7) possuem entre 16 a 20 anos de experiência profissional. Segue-se representando 23,8% (n=5) uma experiência profissional superior a 20 anos. Com a mesma proporção de 23,8% (n=5) verifica-se 5 a 10 anos de experiência. Por último, 19% (n=4) detêm entre 11 a 15 anos de exercício profissional.

Caracterização da Amostra

Experiência Profissional

4. Tempo de experiência profissional?

21 responses



RESULTADOS:

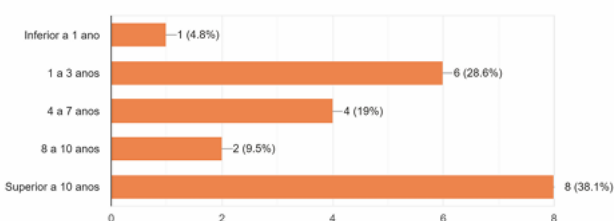
Observa-se uma amostra com experiência consolidada e consistente, refletida pelo tempo de prática profissional na VMER. De forma geral, verifica-se que 38,1% (n=8) possuem experiência na VMER superior a 10 anos. A experiência entre 1 e 3 anos foi referida por 28,6% (n=6) da amostra, enquanto 19% (n=4) têm entre 4 e 7 anos de experiência. A faixa dos 8 a 10 anos (n=2) incluiu 9,5% da amostra, e apenas 4,8% possuem menos de 1 ano de experiência na VMER.

Caracterização da Amostra

Experiência Profissional na VMER

5. Tempo de experiência na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)?

21 responses



RESULTADOS:

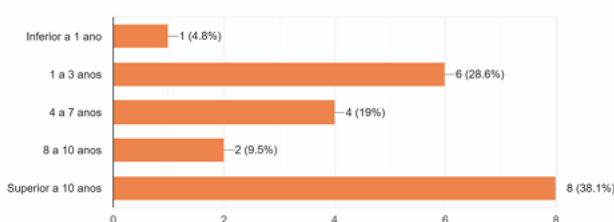
Observa-se que a maioria da amostra intervém em contextos de doente crítico, maioritariamente com 42,9% (n=9) em Serviços de Urgência Geral. Segue-se com 33,3% (n=7) a Unidade de Cuidados Intensivos, 19% (n=4) o Bloco Operatório e, por fim, 4,8% (n=1) o Serviço de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria.

Caracterização da Amostra

Contexto Profissional

5. Tempo de experiência na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)?

21 responses



PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE OS PRINCIPAIS DESAFIOS E
CONDICIONANTES NA GESTÃO DE PCR EM
CONTEXTO DO PRÉ-HOSPITALAR

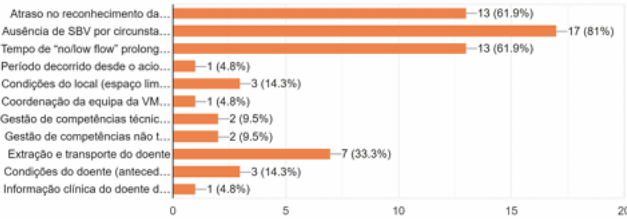


Principais desafios e condicionantes na gestão da PCR
em contexto do Pré-Hospitalar

RESULTADOS:

Os fatores condicionantes da PCR no pré-hospitalar mais reconhecidos foram com 81% (n=17) ausência de SBV por circunstâncias, 61,9% (n=13) atraso no reconhecimento da PCR e 61,9% (n=13) tempo de “no/low flow” prolongado.

1. Na sua opinião, quais são os principais condicionantes na gestão de situações de PCR no ambiente pré-hospitalar? (Selecione as três opções que considera mais importantes)
21 responses



Principais desafios e condicionantes na gestão da PCR
em contexto do Pré-Hospitalar

RESULTADOS:

Os fatores condicionantes da PCR no pré-hospitalar mais reconhecidos foram com 81% (n=17) ausência de SBV por circunstâncias, 61,9% (n=13) atraso no reconhecimento da PCR e 61,9% (n=13) tempo de “no/low flow” prolongado.

Ausência de SBV por circunstâncias	17	81%
Atraso no reconhecimento precoce da PCR	13	61,90%
Tempo de “no/low flow” prolongado	13	61,90%
Extração e transporte do doente	7	33,30%
Condições do local (limitação do espaço, acessibilidade, segurança, luminosidade)	3	14,30%
Condições do doente (antecedentes, comorbidades, causa de PCR)	3	14,30%
Gestão de Competências Técnicas	2	9,50%
Gestão de Competências Não Técnicas	2	9,50%
Período decorrido desde o acionamento da VMER até à chegada local da ocorrência	1	4,80%
Coordenação da equipa da VMER com bombeiros/TEPH	1	4,80%
Informação clínica do doente desconhecida ou insuficiente	1	4,80%

Tempo estimado desde o acionamento da VMER até à chegada ao local da ocorrência

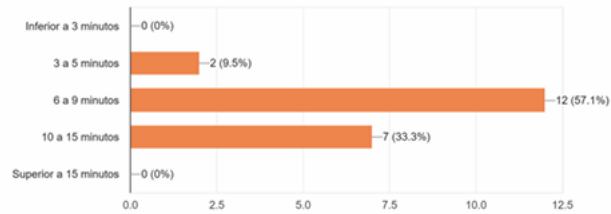
RESULTADOS:

Em média, o tempo estimado do acionamento da VMER à chegada ao local são de 6-9 minutos com 57,1% (n=12) seguida de 10 a 15 minutos com 33,3% (n=7).

Inferior a 3	0	0%
3 a 5 minutos	2	9,50%
6 a 9 minutos	12	57,10%
10 a 15 minutos	7	33,30%
Superior a 15	0	0,00%

2. Em média, como quantifica o tempo estimado decorrido desde o acionamento da VMER até à chegada ao local de ocorrência de PCR?

21 responses



SBV realizado por circunstantes numa PCR no Pré-Hospitalar

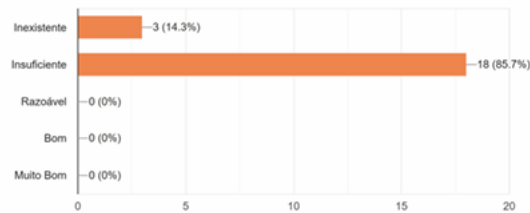
RESULTADOS:

De acordo com a experiência dos participantes, o Suporte Básico de Vida no contexto pré-hospitalar realizado por circunstantes é Insuficiente em 85,7% (n=18)

Inexistente	3	14,30%
Insuficiente	18	85,70%
Razoável	0	0,00%
Bom	0	0,00%
Muito bom	0	0,00%

3. Como classifica o SBV realizado por circunstantes numa PCR presenciada no pré-hospitalar?

21 responses



Tempo estimado de “no/low flow” em situações de PCR no Pré-Hospitalar

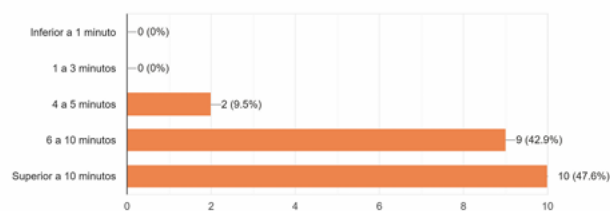
RESULTADOS:

De acordo com os participantes, o tempo de “no flow” em situações de PCR é maioritariamente superior a 10 minutos em 47,6% (n=10).

Inferior a 1 minuto	0	0%
1 a 3 minutos	0	0,00%
4 a 5 minutos	2	9,50%
6 a 10 minutos	9	42,90%
Superior a 10 minutos	10	47,60%

4. Em média, como quantifica o tempo estimado de “no flow” em situações de PCR no pré-hospitalar?

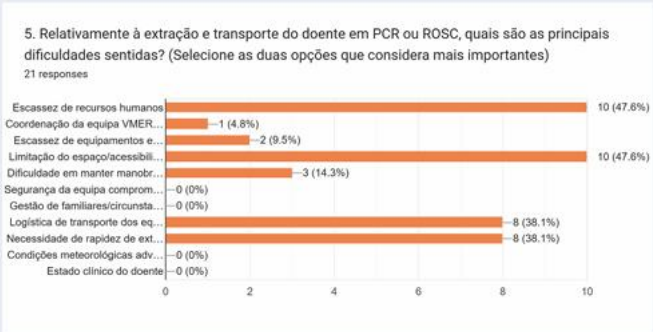
21 responses



Dificuldades sentidas na extração e transporte do doente em PCR ou ROSC

RESULTADOS:

As principais dificuldades sentidas na extração e transporte do doente em PCR/ROSC são escassez de recursos humanos e limitação do espaço/acessibilidade, ambas com 47,6% (n=10).



Dificuldades sentidas na extração e transporte do doente em PCR ou ROSC

RESULTADOS:

As principais dificuldades sentidas na extração e transporte do doente em PCR/ROSC são escassez de recursos humanos e limitação do espaço/acessibilidade, ambas com 47,6% (n=10).

Escassez de Recursos Humanos	10	47,60%
Coordenação da Equipa da VMER, Bombeiros e TEPH	1	4,80%
Escassez de Equipamentos e Materiais de Extração	2	9,50%
Limitação de Espaço e Acessibilidade	10	47,60%
Dificuldade na manutenção de manobras de SAV	3	14,30%
Segurança da equipa comprometida	0	0
Gestão de familiares e/ou circunstâncias	0	0
Logística de transporte dos equipamentos (desfibrilhador, ventilador, etc) e doente	8	38,10%
Necessidade de rapidez de extração para otimização do outcome do doente	8	38,10%
Condições meteorológicas adversas	0	0
Estado Clínico do doente	0	0

RESULTADOS:

As principais estratégias para mitigar as condicionantes da PCR no pré-hospitalar são programas de formação com DAE para a população e programas regulares de simulação para profissionais de saúde.

Programas de Formação de SBV com DAE para a população	21	100%
Programas de Simulação para profissionais de saúde	9	42,90%
Orientação telefónica do CODU à população para SBV precoce	8	38,10%
Melhorar a transmissão de informação pelo CODU à VMER	4	19,00%

Estratégias eficazes na mitigação das condicionantes da PCR no Pré-Hospitalar



PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SIMULAÇÃO CLÍNICA NA GESTÃO EFICAZ DE PCR NO CONTEXTO DO PRÉ-HOSPITALAR



Nº de PCR mensais no contexto de trabalho habitual

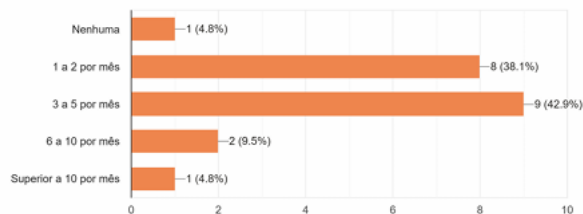
RESULTADOS:

Na maioria, com 42,9% (n=9), em média os participantes estão envolvidos em 3 a 5 PCR por mês no seu contexto de trabalho habitual.

Nenhuma	1	4,80%
1 a 2 por mês	8	38,10%
3 a 5 por mês	9	42,90%
6 a 10 por mês	2	9,50%
Superior a 10 por mês	1	4,80%

1. Em média, por mês, em quantas situações de PCR está envolvido (a) no seu contexto de trabalho habitual?

21 responses



Em que ano fez o curso certificado de Suporte Avançado de Vida (SAV) pela última vez?

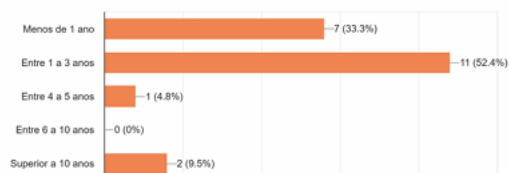
RESULTADOS:

Maioritariamente com 52,4% (n=11) dos participantes fez o curso de certificação de Suporte Avançado de Vida pela última vez entre 1 a 3 anos.

Menos de 1 ano	7	33,30%
1 a 3 anos	11	52,40%
4 a 5 anos	1	4,80%
6 a 10 anos	0	0,00%
Superior a 10 anos	2	9,50%

2. Em que ano fez o curso certificado de Suporte Avançado de Vida (SAV) pela última vez?

21 responses



RESULTADOS:

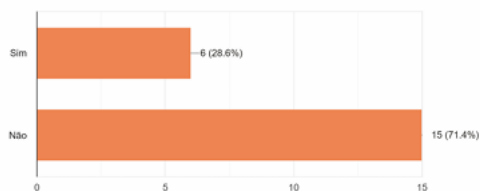
Maioritariamente com 71,4% (n=15) dos participantes nunca participou em treinos de simulação de PCR no Pré-Hospitalar implementados pela VMER.

Sim	6	28,60%
Não	15	71,40%

Já participou em treinos de simulação para situações de PCR no contexto pré-hospitalar implementados pela VMER?

3. Já participou em treinos de simulação para situações de PCR no contexto pré-hospitalar implementados pela VMER?

21 responses



RESULTADOS:

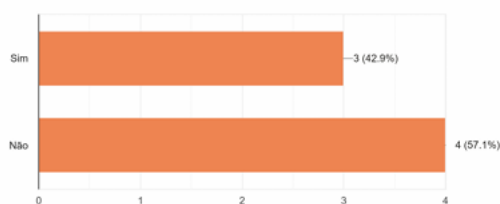
Cerca de 57,1% (n=4) dos profissionais que participaram em treinos de simulação em PCR implementados pela VMER refere que os cenários de simulação em situações de PCR não foram realistas ao contexto do pré-hospitalar.

Sim	3	42,90%
Não	4	57,10%

Se respondeu sim à questão anterior, os cenários de simulação clínica de situações de PCR foram realistas do contexto pré-hospitalar?

4. Se respondeu sim à questão anterior, os cenários de simulação clínica de situações de PCR foram realistas do contexto pré-hospitalar?

7 responses



RESULTADOS:

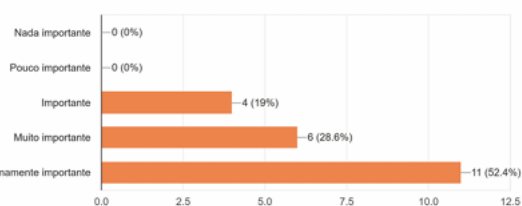
A maioria dos participantes, com 52,4% (n=11) considera extremamente importante a simulação clínica para o desenvolvimento de competências para uma gestão eficaz de PCR no contexto pré-hospitalar.

Nada importante	0	0%
Pouco importante	0	0,00%
Importante	4	19,00%
Muito importante	6	28,60%
Extremamente importante	11	52,40%

Qual a importância da simulação no desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde para uma gestão eficaz de PCR no adulto no contexto pré-hospitalar?

5. Na sua opinião, qual a importância da simulação clínica no desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde para uma gestão eficaz de PCR no adulto no contexto pré-hospitalar?

21 responses



RESULTADOS:

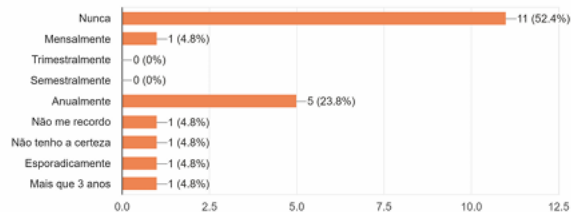
A maioria dos participantes com 52,4% (n=11) refere que nunca se realiza formação em simulação clínica em PCR na VMER.

Nunca	11	52,40%
Mensalmente	1	4,80%
Trimestralmente	0	0%
Semestralmente	0	0%
Anualmente	5	23,80%
Não me recordo	1	4,80%
Não tenho a certeza	1	4,80%
Esporadicamente	1	4,80%
Mais que 3 anos	1	4,80%

Com que frequência se realiza formação em simulação clínica em PCR na VMER?

7. Com que frequência se realiza formação em simulação clínica em PCR na VMER?

21 respostas



RESULTADOS:

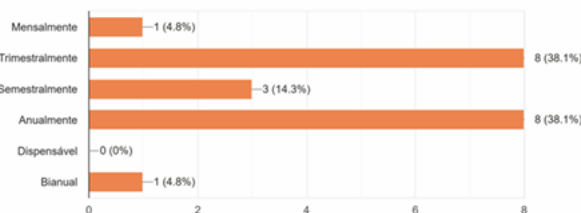
Igualmente com 38% (n=8), os participantes consideram que a formação em simulação clínica deve ser realizada trimestralmente e anualmente.

Mensalmente	1	4,80%
Trimestralmente	8	38,10%
Semestralmente	3	14,30%
Anualmente	8	38,10%
Dispensável	0	0%
Bianual	1	4,80%

Com que frequência considera que a formação em simulação clínica deve ser realizada na VMER para assegurar um desempenho eficaz da equipa na gestão de PCR no pré-hospitalar?

8. Com que frequência considera que a formação em simulação clínica deve ser realizada na VMER para assegurar um desempenho eficaz da equipa na gestão de PCR no pré-hospitalar?

21 respostas



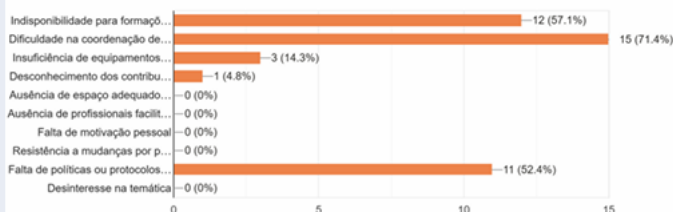
Quais considera serem as principais limitações para a realização de treinos de simulação clínica em PCR na VMER? (selecione as 2 opções que considera mais importantes)

RESULTADOS:

As principais limitações para implementar treinos de simulação na VMER são dificuldade na coordenação de horários/limitação de tempo com 71,4% (n=15) e indisponibilidade para formações fora do horário laboral com 57,1% (n=12).

9. Quais considera serem as principais limitações para a realização de treinos de simulação clínica em PCR na VMER? (selecione as 2 opções que considera mais importantes)

21 respostas



Quais considera serem as principais limitações para a realização de treinos de simulação clínica em PCR na VMER? (selecione as 2 opções que considera mais importantes)

RESULTADOS:

As principais limitações para implementar treinos de simulação na VMER são dificuldade na coordenação de horários/limitação de tempo com 71,4% (n=15) e indisponibilidade para formações fora do horário laboral com 57,1% (n=12).

Indisponibilidade para formações fora do horário laboral	12	57,10%
Dificuldade na coordenação de horários	15	71,40%
Insuficiência de equipamentos/materiais necessários à simulação	3	14,30%
Desconhecimento dos contributos da simulação	1	4,80%
Ausência de espaço adequado	0	0,00%
Ausência de facilitadores/formadores	0	0,00%
Falta de motivação pessoal	0	0,00%
Resistência a mudanças	0	0,00%
Falta de políticas ou protocolos institucionais	11	52,40%
Desinteresse na temática	0	0,00%

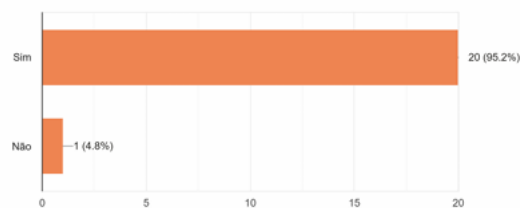
Considera que algumas condicionantes e dificuldades na gestão de situações de PCR no contexto pré-hospitalar podem ser melhoradas através da prática simulada?

RESULTADOS:

Grande maioria dos participantes com 95,2% (n=20) considera que as dificuldades na gestão da PCR no pré-hospitalar podem ser melhoradas através da simulação clínica.

Sim	20	95,20%
Não	1	4,80%

10. Considera que algumas condicionantes e dificuldades na gestão de situações de PCR no contexto pré-hospitalar podem ser melhoradas através da prática simulada?
21 responses

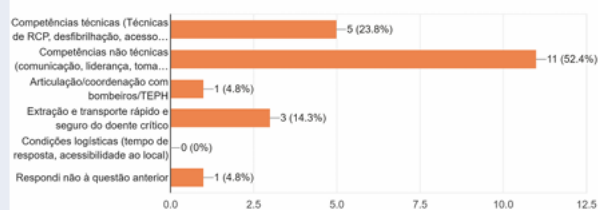


Se respondeu sim à questão anterior, qual a condicionante que avalia como prioritária?

RESULTADOS:

Os participantes referem que a simulação melhora essencialmente as competências não técnicas com 52,4% (n=11) e as competências técnicas com 23,8% (n=5) em situações de PCR no pré-hospitalar.

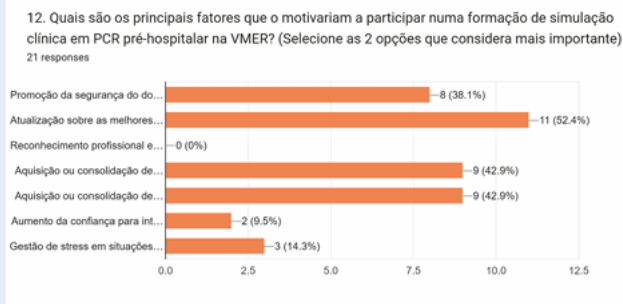
11. Se respondeu sim à questão anterior, qual a condicionante que avalia como prioritária?
21 responses



RESULTADOS:

Os principais fatores que motivariam os profissionais de saúde a participar em formação em simulação em PCR são atualização sobre as melhores práticas com 52,4% (n=11), aquisição de competências técnicas com 42,9% (n=9) e aquisição de competências não técnicas com 42,9% (n=9).

Quais são os principais fatores que o motivariam a participar numa formação de simulação clínica em PCR pré-hospitalar na VMER? (Selecione as 2 opções que considera mais importante)

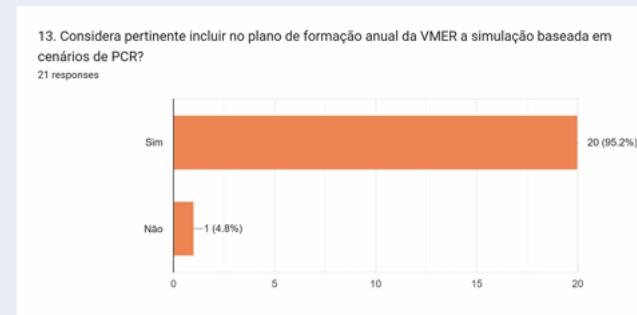


RESULTADOS:

Grande maioria dos participantes consideram importante incluir no plano de formação anual da VMER a simulação baseada em cenários de PCR com 95,2% (n=20).

Sim	20	95,20%
Não	1	4,80%

Considera pertinente incluir no plano de formação anual da VMER a simulação baseada em cenários de PCR?



Sugestão ou comentário adicional sobre a simulação na VMER para a gestão de PCR no pré-hospitalar?

14. Sugestão ou comentário adicional sobre a simulação na VMER para a gestão de PCR no pré-hospitalar?

2 responses

Certificação

A simulação/atualização de conhecimentos e competências deveria ser obrigatória para manutenção da prática

Apêndice H – Plano de projeto da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

PLANO DE PROJETO DA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

OBJETIVO GERAL:

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família, em contextos de urgência e emergência.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 - Integrar o contexto institucional, dinâmica organizacional e funcional do serviço.

Atividades/Indicadores de Processo	Recursos	Indicadores de Resultado
• Visita prévia ao serviço para apresentação; • Observação da dinâmica funcional e organizacional do local de estágio; • Consulta de protocolos, procedimentos, normas e instruções de trabalho; • Realização da contextualização do local de estágio; • Observação da dinâmica da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; • Colaboração e interação com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; • Participação nas formações e/ou atividades organizadas no serviço.	Recursos Humanos: - Enfermeiro Gestor do serviço, - Enfermeiro Supervisor Clínico, - Equipa de enfermagem, - Equipa multidisciplinar. Recursos materiais: - Protocolos, procedimentos e instruções de trabalho do serviço.	▪ Conhece o contexto institucional, dinâmica organizacional e funcional do serviço; ▪ Compreende e cumpre os protocolos institucionais, normas e procedimentos; ▪ Integra-se na dinâmica e nas práticas organizacionais do serviço; ▪ Auto e Heteroavaliação.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2 - Demonstrar competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família.

Atividades/Indicadores de Processo	Recursos	Indicadores de Resultado
• Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, através da mobilização do processo de enfermagem; • Identificação precoce e resposta eficaz a sinais de deterioração clínica, instabilidade e risco de falência multiorgânica à pessoa em situação crítica; • Prestação de cuidados individualizados baseados na evidência científica; • Realização de registos de enfermagem estruturados promotores da qualidade e continuidade de cuidados prestados;	Recursos Humanos: - Enfermeiro Gestor do serviço, - Enfermeiro Supervisor Clínico, - Equipa de enfermagem, Equipa multidisciplinar. Recursos materiais:	▪ Auto e Heteroavaliação; ▪ Realiza relatório de estágio.

- Gestão de protocolos terapêuticos complexos;
 - Promoção de cuidados humanizados para o conforto da pessoa em situação crítica;
 - Avaliação, gestão e monitorização da dor da pessoa em situação crítica;
 - Comunicação e relação terapêutica eficaz e segura;
 - Apoio à família da pessoa em situação crítica;
 - Realização de prática supervisionada de procedimentos técnicos especializados e prestação de cuidados em Suporte Avançado de Vida;
 - Maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção;
 - Consulta do Plano de emergência e catástrofe do serviço;
 - Análise reflexiva de prestação de cuidados.
- Bases de dados eletrónicas,
 - Livros,
 - Artigos científicos,
 - Regulamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3 – Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da simulação clínica na gestão eficaz de PCR.

Atividades/Indicadores de Processo	Recursos	Indicadores de Resultado
• Realização de reunião com o Enfermeiro Supervisor Clínico para discussão da pertinência da temática no serviço; • Diagnóstico das necessidades formativas dos enfermeiros (observação direta da prática, feedback informal e questionários); • Aplicação de questionários para avaliar a perceção da equipa de enfermagem sobre a importância do treino de simulação; • Pesquisa e partilha de evidência científica sobre a simulação clínica em PCR; • Elaboração de materiais de apoio sobre o tema (cartaz); • Análise e partilha dos resultados dos questionários com a equipa de enfermagem.	Recursos Humanos: - Enfermeiro Gestor do serviço, - Enfermeiro Supervisor Clínico, - Supervisor Pedagógico, - Equipa de enfermagem; - Equipa de médica. Recursos materiais: - Computador, - Bases de dados, - Livros, - Artigos científicos, - Questionários	• Implementa os questionários; ▪ Obtém uma taxa de adesão ao questionário de, pelo menos, 50% dos enfermeiros do serviço. ▪ Desenvolve articulação teórico-prática baseada na evidência científica; ▪ Materiais de apoio (cartaz); ▪ Realiza auto e heteroavaliação.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4 – Identificar os principais fatores/condicionantes que influenciam a gestão da PCR no contexto pré-hospitalar.

Atividades/Indicadores de Processo	Recursos	Indicadores de Resultado
• Realização de reunião com o Enfermeiro Supervisor Clínico para discussão de necessidades formativas; • Observação direta das práticas em situações reais de PCR; • Aplicação de questionários para avaliar a percepção da equipa de enfermagem sobre os principais desafios na gestão de PCR no pré-hospitalar; • Consulta de bases de dados ou registos do sistema de emergência pré-hospitalar para levantamento de dados estatísticos; • Análise e partilha dos resultados dos questionários com a equipa de enfermagem; • Análise e partilha dos resultados estatísticos dos fatores/condicionantes que influenciam a gestão de PCR, através de um documento PPT.	Recursos Humanos: - Enfermeiro Gestor do serviço, - Enfermeiro Supervisor Clínico, - Supervisor Pedagógico, - Equipa de enfermagem; - Equipa de médica. Recursos materiais: - Computador, - Bases de dados, - Livros, - Artigos científicos, - Questionários.	▪ Implementa os questionários; ▪ Obtém uma taxa de adesão ao questionário de, pelo menos, 50% dos enfermeiros do serviço. ▪ Desenvolve articulação teórico-prática baseada na evidência científica; ▪ Documento PPT; ▪ Realiza auto e heteroavaliação.

Apêndice I – Cronograma de Atividades da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

(25 de fevereiro de 2025 a 02 de maio de 2025)

Atividades/Tempo		Mês					Fevereiro					Março				Abril					
		Semanas					1º	2º	3º	4º	5º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º	
Objetivo específico 1: Integrar o contexto institucional, dinâmica organizacional e funcional do serviço.	Visita prévia ao local de estágio para apresentação;																				
	Observação da dinâmica funcional e organizacional do local de estágio.																				
	Consulta de protocolos, procedimentos, normas e instruções de trabalho.																				
	Realização da contextualização do local de estágio.																				
	Observação da dinâmica da equipa multidisciplinar;																				
	Colaboração e interação com a equipa de enfermagem e equipa médica;																				
	Participação nas formações e/ou atividades organizadas no serviço.																				
Objetivo específico 2: Demonstrar competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família.	Prestação de cuidados à PSC e à sua família, através da mobilização do processo de enfermagem.																				
	Identificação precoce e resposta eficaz a sinais de deterioração clínica, instabilidade e risco de falência multiorgânica à PSC.																				
	Prestação de cuidados individualizados baseados na evidência científica.																				

[illegible]

[illegible]

Apêndice J – Plano de Projeto do Serviço de Medicina Intensiva

PLANO DE PROJETO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

OBJETIVO GERAL:

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família, em contextos de urgência e emergência.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 - Integrar o contexto institucional, dinâmica organizacional e funcional do serviço.

Atividades/Indicadores de Processo	Recursos	Indicadores de Resultado
• Visita prévia ao serviço para apresentação; • Observação da dinâmica funcional e organizacional do local de estágio; • Consulta de protocolos, procedimentos, normas e instruções de trabalho; • Realização da contextualização do local de estágio; • Observação da dinâmica da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; • Colaboração e interação com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; • Participação nas formações e/ou atividades organizadas no serviço.	Recursos Humanos: - Enfermeiro Gestor do serviço, - Enfermeiro Supervisor Clínico, - Equipa de enfermagem, - Equipa multidisciplinar. Recursos materiais: - Protocolos, procedimentos e instruções de trabalho do serviço.	▪ Conhece o contexto institucional, dinâmica organizacional e funcional do serviço; ▪ Compreende e cumpre os protocolos institucionais, normas e procedimentos; ▪ Integra-se na dinâmica e nas práticas organizacionais do serviço; ▪ Auto e Heteroavaliação.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2 - Demonstrar competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família.

Atividades/Indicadores de Processo	Recursos	Indicadores de Resultado
• Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, através da mobilização do processo de enfermagem; • Identificação precoce e resposta eficaz a sinais de deterioração clínica, instabilidade e risco de falência multiorgânica à pessoa em situação crítica; • Prestação de cuidados individualizados baseados na evidência científica; • Realização de registos de enfermagem estruturados promotores da qualidade e continuidade de cuidados prestados;	Recursos Humanos: - Enfermeiro Gestor do serviço, - Enfermeiro Supervisor Clínico, - Equipa de enfermagem, Equipa multidisciplinar.	▪ Auto e Heteroavaliação; ▪ Realiza relatório de estágio.

- Gestão de protocolos terapêuticos complexos;
- Promoção de cuidados humanizados para o conforto da pessoa em situação crítica;
- Avaliação, gestão e monitorização da dor da pessoa em situação crítica;
- Comunicação e relação terapêutica eficaz e segura;
- Apoio à família da pessoa em situação crítica;
- Realização de prática supervisionada de procedimentos técnicos especializados e prestação de cuidados em Suporte Avançado de Vida;
- Maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção;
- Consulta do Plano de emergência e catástrofe do serviço;
- Análise reflexiva de prestação de cuidados.

Recursos materiais:

- Bases de dados eletrónicas,
- Livros,
- Artigos científicos,
- Regulamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3 – Sensibilizar a equipa de enfermagem para a prevenção e gestão do *Delirium* no SMI

Atividades/Indicadores de Processo	Recursos	Indicadores de Resultado
• Reunião com o Enfermeiro Supervisor Clínico sobre a pertinência da temática no serviço; • Observação direta das práticas em situações de <i>Delirium</i>; • Diagnóstico das necessidades formativas dos enfermeiros (observação direta da prática, entrevistas não estruturadas) • Pesquisa e partilha de evidência científica sobre o <i>Delirium</i> no SMI; • Realização de uma sessão assíncrona sobre a importância da prevenção e gestão do <i>Delirium</i>; • Elaboração de um póster informativo sobre a temática.	Recursos Humanos: - Enfermeiro Gestor do serviço, - Enfermeiro Supervisor Clínico, - Supervisor Pedagógico, - Equipa de enfermagem. Recursos materiais: - Computador, - Bases de dados, - Livros, - Artigos científicos, - PowerPoint.	▪ Plano de Sessão e Questionários; ▪ Desenvolve articulação teórico-prática baseada na evidência científica; ▪ Materiais de apoio; ▪ Realiza auto e heteroavaliações durante todo o percurso.

Apêndice K – Cronograma de Atividades do Serviço de Medicina Intensiva

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

(05 maio a 15 julho de 2025)

[illegible]

[illegible]

Apêndice L – Apresentação da Sessão de Formação no Serviço de Urgência Geral sobre
“Contributos da Simulação Clínica em Paragem Cardiorrespiratória: Desenvolvimento de
Competências em Enfermagem para a Segurança do Doente”



**Contributos da Simulação Clínica em Paragem
Cardiorrespiratória: Desenvolvimento de Competências
em Enfermagem e Segurança do Doente.**

Orientação Clínica: Enfª Sara Ribeiro
Orientação Pedagógica: Profª Paulo Santos

Aluna da Especialidade:
Tatiana Teixeira, nº9226

Ano Letivo de 2024/25 - 2º ano 2024/2º Semestre

2º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Mod.CPD.05.03

SUMÁRIO

- 01** Objetivos da sessão de formação
- 02** Pertinência do tema no Serviço de Urgência Geral
- 03** Definição de Simulação Clínica
- 04** Algoritmo de PCR em Adultos
- 05** Considerações Finais
- 06** Referências Bibliográficas

OBJETIVOS

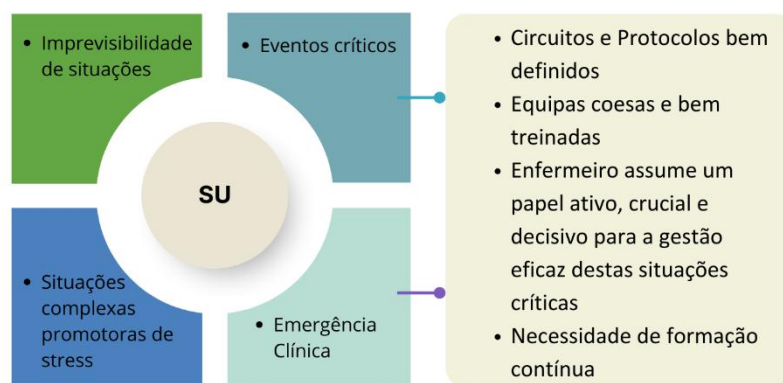
OBJETIVO GERAL

- Capacitar a equipa de enfermagem para uma gestão eficaz de Paragem Cardiorrespiratória através da implementação de um treino de simulação *in situ*.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Demonstrar a pertinência da temática no Serviço de Urgência Geral;
- Promover o desenvolvimento de competências técnicas (CT);
- Promover o desenvolvimento de competências não técnicas (CNT).

SERVIÇO DE URGÊNCIA¹

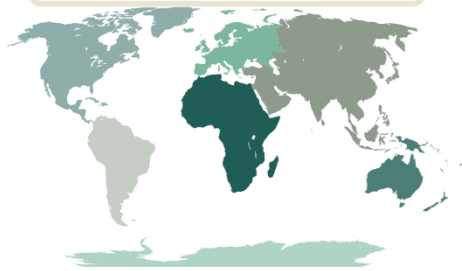


A PCR: UMA EMERGÊNCIA CRÍTICA

1

Principal Causa de Mortalidade

A PCR é uma das principais causas de mortalidade a nível global, tanto em contexto hospitalar como extra-hospitalar.



Dados Epidemiológicos^{2,3}

Dados presentes nas diretrizes de 2021 do European Resuscitation Council (ERC)

- Incidência anual de PCR em contexto hospitalar na Europa situa-se entre 1,5 e 2,8 por 1.000 internamentos hospitalares, sendo que as taxas de sobrevivência aos 30 dias/alta hospitalar variam entre 15% a 34%.

Registo Nacional da Paragem Cardiorrespiratória Pré-hospitalar do INEM (2024)

- Em Portugal ocorreram 19.612 paragens cardiorrespiratórias extra-hospitalares, das quais 14.627 resultaram em tentativa ou continuidade de manobras de reanimação.

A PCR: UMA EMERGÊNCIA CRÍTICA

2

Intervenção Imediata^{4,5}

Exige uma intervenção rápida e eficiente para otimizar os melhores resultados.

QUALIDADE DA REANIMAÇÃO

SOBREVIVÊNCIA E SEGURANÇA DO DOENTE

Respostas
rápidas e
eficazes

Atuação
coordenada
da equipa

Intervenção
crucial do
Enfermeiro

- Competências Técnicas
- Competências não técnicas

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM PCR

- 
- Compressões de elevada qualidade;
 - Oxigenação e ventilação eficazes;
 - Desfibrilação precoce e segura;
 - Administração de fármacos.



COMPETÊNCIAS TÉCNICAS⁵

Consistem em habilidades práticas.



COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS⁵

Capacidades cognitivas e interpessoais essenciais para um trabalho em equipa eficaz.

- Comunicação;
- Liderança;
- Tomada de decisão;
- Avaliação da situação;
- Gestão de tarefas.

DEFINIÇÃO DE SIMULAÇÃO CLÍNICA⁶

A simulação clínica é uma metodologia formativa fundamental para o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas em enfermagem.

FORMAÇÃO
ESSENCIAL

AMBIENTE
CONTROLADO

Proporciona um ambiente seguro e controlado onde os enfermeiros podem praticar e aperfeiçoar suas competências.

Metodologia ativa que permite a recriação de cenários realistas de forma estruturada, em um ambiente seguro e controlado.

SIMULAÇÃO *IN SITU* ^{6, 7,8}



ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE SIMULAÇÃO ^{6, 7,9}

1

Planeamento do Treino

2

Objetivos de Aprendizagem

3

Estrutura e Formato da Simulação

4

Descrição do Cenário

5

Briefing

6

Debriefing

7

Avaliação

SIMULAÇÃO *IN SITU*

ALINHAMENTO COM RECURSOS E NECESSIDADES^{6, 7}



RECURSOS DISPONÍVEIS

A implementação da simulação deve estar alinhada com os recursos disponíveis, como equipamentos, materiais e profissionais.

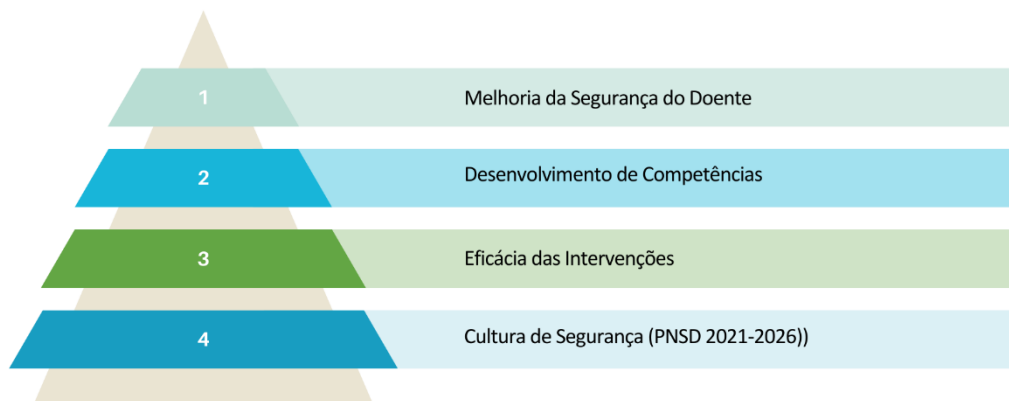
NECESSIDADES FORMATIVAS

Identificar as necessidades formativas da equipa.

EXIGÊNCIAS CLÍNICAS

Adaptar a simulação às exigências clínicas do contexto, garantindo a relevância e a aplicabilidade do treino.

BENEFÍCIOS DA SIMULAÇÃO *IN SITU*^{6, 7, 8, 9}



10

- 

- 

1

RITMOS DESFIBRILHÁVEIS

-

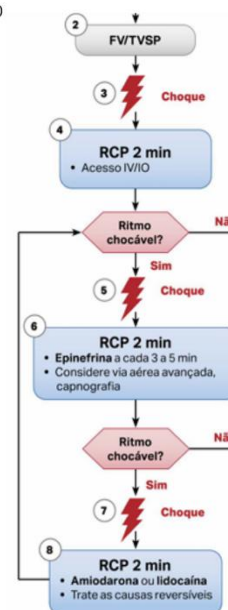
- Assistolia
- Atividade elétrica sem pulso (AESP)

ALGORITMO DE PCR PARA ADULTOS¹⁰

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA),2020

RITMOS DESFIBRILHÁVEIS (FV/ TVSP)

- 1 Choque Imediato**
Administrar choque elétrico para reestabelecer o ritmo normal.
- 2 RCP 2 Minutos**
Após o choque, reiniciar a RCP por 2 minutos.
- 3 Acesso IV/IO**
Colocar uma via intravenosa ou intraóssea para administração de fármacos
- 4 Adrenalina**
Administrar adrenalina a cada 3-5 minutos após o 2º choque.
- 5 Amiodarona/Lidocaína**
Administrar amiodarona ou lidocaína após o 3º choque.

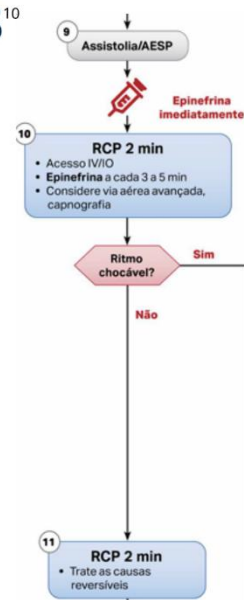


ALGORITMO DE PCR PARA ADULTOS¹⁰

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA),2020

RITMOS NÃO DESFIBRILHÁVEIS (ASS/AESP)

- 1 Acesso IV/IO**
Colocar uma via intravenosa ou intraóssea para administração de adrenalina.
- 2 Adrenalina**
Administrar adrenalina imediatamente. Posteriormente a cada 3-5 minutos.
- 3 RCP 2 Minutos**
Realizar compressões e ventilações de elevada qualidade.
- 4 Via aérea**
Considerar uma via aérea avançada com capnografia.



ALGORITMO DE PCR PARA ADULTOS¹⁰

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA), 2020

QUALIDADE DA RCP

- **Ritmo:** 100 a 120 /min
- **Profundidade:** 5 cm (não mais do que 6 cm)
- Retorno total do toráx
- Minimização de interrupções
- Alternância dos responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos
- Evitar ventilação excessiva
- Sem via aérea avançada (relação de 30 compressões para 2 ventilações)
- Com via aérea avançada (compressões ininterruptas e ventilações 1 a cada 6 segundos)
- Necessidade de reavaliar a qualidade da RCP se PETCO₂ reduzido.

FÁRMACOS

- **Adrenalina:** 1 mg a cada 3 a 5 minutos
- **Amiodarona:** Primeira dose bolus de 300 mg e segunda dose de 150 mg.
- **Lidocaína:** Primeira dose de 1 a 1.5 mg/kg e segunda dose de 0.5 a 0.75 kg

ALGORITMO DE PCR PARA ADULTOS¹⁰

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA), 2020

DESFIBRILHAÇÃO

CARGA DO CHOQUE PARA DESFIBRILHAÇÃO:

- **Bifásica:** Seguir sempre a recomendação do fabricante (1º choque a 120 a 200 J). O segundo choque e subsequentes devem ser equivalentes ou consideradas energias mais altas. Se desfibrilhador desconhecido, usar energia máxima.
- **Monofásica:** 360 J.

CAUSAS REVERSÍVEIS

4 T'

- Pneumotoráx hipertensivo
- Trombose (pulmonar e coronária)
- Toxinas
- Tamponamento Cardíaco

4 H'

- Hipovolémia
- Hipóxia
- Alterações eletrolíticas (hipo/hipercaliemia, acidémia)
- Hipotermia

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A simulação clínica é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento de competências de enfermagem em situações de PCR, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados e para a segurança do doente.

- Formação contínua como pilar da qualidade e segurança em saúde;
- Capacitação de enfermeiros como elementos chave para melhorar os cuidados prestados em situações críticas;
- Importância de implementar programas de simulação clínica regular nas instituições;
- Importância do treino de simulação clínica para a aquisição de competências técnicas e não técnicas, fundamentais para a eficácia nas intervenções em situações de emergência.



Simulação Clínica na Formação em Urgência Geral: Essencial !!!

O PRÓXIMO PASSO É TREINAR...



Porque a Simulação Clínica na Formação em Urgência Geral: Essencial !!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 6 - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2020. 142 p.
- 7 - Martin A, Cross S, Attoe C. The use of in situ simulation in healthcare education: current perspectives. Adv Med Educ Pract [Internet]. 2020 [citado 2025 jan 5]; 11:183-93. DOI: [10.2147/AMEP.S188258](https://doi.org/10.2147/AMEP.S188258)
- 8 - Finstad AS, Aase I, Bjørshol CA, Ballangrud R. In situ simulation-based team training and its significance for transfer of learning to clinical practice - A qualitative focus group interview study of anaesthesia personnel. BMC Med Educ [Internet]. 2023 [citado 2025 jan 6]; 23(1):1-12. DOI: [10.1186/s12909-023-04201-8](https://doi.org/10.1186/s12909-023-04201-8)
- 9 - INACSL Standards Committee, Watts PI, McDermott DS, Alinier G, Charnetski M, Nawathe PA, et al. Healthcare simulation standards of best practice™: simulation design. Clin Simul Nurs [Internet]. 2021 [citado 2025 jan 6]; 58:14-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>
- 10 - American Heart Association. Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC. Circulation. [Internet]. 2020 [citado 2025 jan 6]; 142(16): e337–e357. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020_ecc_guidelines_english.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Goldshtein D, Krensky C, Doshi S, Perelman VS. In situ simulation and its effects on patient outcomes: a systematic review. BMJ Simul Technol Enhanc Learn [Internet]. 2020 [citado 2025 jan 5];6(1):3-9. DOI: [10.1136/bmjstel-2018-000387](https://doi.org/10.1136/bmjstel-2018-000387)
- 2 - Gräsner J, Herlitz J, Tjelmeland IB, Wnent J, Masterson S, Lilja G, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. Resuscitation [Internet] 2021 [citado 2025 jan 5]; 161:61-79. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2021.02.007](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007)
- 3 - Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Registo Nacional da Paragem Cardiorrespiratória Pré-Hospitalar: Relatório de 20204, Lisboa: INEM; 2024. Disponível em: <https://extranet.inem.pt/pcr/Inicio.asp>
- 4 - Mendes E, Ruivo M. Treino de equipa nas emergências cardiorrespiratórias: uma prática de qualidade: uma revisão sistemática da literatura. Stud Health Sci [Internet]. 2022 [citado 2025 jan 5]; 3(2):758-780. DOI: <https://doi.org/10.54022/shsv3n2-010>
- 5 - Nogueira AF, Gonçalves JF, Costa MA. Competências não técnicas em suporte avançado de vida: revisão sistemática da literatura. RIASE Rev Investig Acao Superv Educ [Internet]. 2021 [citado 2025 jan 5]; 7(3):401-421. DOI: [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).497.401-421](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).497.401-421)

Apêndice M – Relação entre a *NLN Jeffries Simulation Theory* e Simulação no Serviço de Urgência Geral

Implementação da Simulação Clínica *in situ* no Serviço de Urgência Geral:

Fundamentação na *NLN Jeffries Simulation Theory*

O presente apêndice apresenta a articulação entre a implementação da simulação *in situ* no Serviço de Urgência Geral e a *NLN Jeffries Simulation Theory*, desenvolvida por *Pamela R. Jeffries*, com foco no desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas dos enfermeiros em situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), visando a melhoria da segurança do doente. A estrutura formativa, sustentada neste referencial concetual, permite assegurar a coerência entre os principais componentes teóricos da simulação e a sua aplicação prática em contexto real.

Componentes da <i>NLN Jeffries Simulation Theory</i>	Breve descrição	Operacionalização da Simulação In Situ no Serviço de Urgência Geral
Contexto	Ambiente institucional, recursos disponíveis e enquadramento organizacional onde ocorre a simulação.	A simulação foi realizada no Serviço de Urgência Geral, em ambiente clínico real, utilizando os recursos existentes do serviço (manequim, carro de emergência e monitor/desfibrilhador). A integração no contexto real permitiu elevada fidelidade ambiental e identificação de dificuldades e constrangimentos, promovendo uma cultura de segurança do doente.

Background	Enquadramento conceptual e formativo que fundamenta a intervenção.	A intervenção foi fundamentada nas recomendações internacionais de Suporte Avançado de Vida pelo <i>American Heart</i> e nas políticas institucionais de segurança do doente. Resultou do diagnóstico de situação prévio das necessidades formativas relacionadas com a gestão de PCR e desempenho da equipa em contexto crítico.
<i>Design da Simulação</i>	Definição de objetivos, nível de fidelidade, complexidade do cenário, estruturação do <i>briefing</i> e <i>debriefing</i>.	Foram desenvolvidos cenários de PCR de complexidade moderada e alta-fidelidade contextual. Definiram-se objetivos específicos para o desenvolvimento de competências técnicas e competências não técnicas. Realizou-se <i>briefing</i> estruturado e <i>debriefing</i> reflexivo orientado pelo facilitador, seguindo a estrutura de <i>PEARLS</i>.
Experiência Simulada	Participação ativa do formando na execução do cenário e interação com a equipa e ambiente.	Os participantes assumiram papéis definidos na equipa de reanimação, executando intervenções em tempo real, sob pressão simulada. A experiência permitiu treino de trabalho e coordenação de equipa, priorização de intervenções e tomada de decisão em contexto crítico.

Facilitadores e Estratégias Educativas	Intervenção do facilitador na condução da experiência, <i>feedback</i> e promoção da reflexão crítica.	Facilitador: Tatiana Teixeira (Enfermeira de Serviço de Urgência Geral com certificação de formador em Suporte Imediato de Vida pelo <i>European Resuscitation Council</i>). Nesta situação, o facilitador conduziu o <i>briefing e debriefing</i> estruturado, promovendo reflexão crítica sobre o desempenho técnico e comportamental. Utilizaram-se estratégias como questionamento reflexivo, reforço positivo e identificação de oportunidades de melhoria.
Participantes	Caracterização dos participantes e as suas motivações.	Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral com diferentes níveis de experiência profissional. A diversidade da experiência permitiu uma aprendizagem entre pares e partilha de experiências, fomentando uma participação ativa e envolvimento colaborativo.
Resultados Esperados	Resultados cognitivos, psicomotores e afetivos decorrentes da experiência simulada.	Espera-se melhoria das competências técnicas (identificação precoce de situações de PCR; adesão a algoritmos de SAV; qualidade das compressões, ventilação e oxigenação; reconhecimento de ritmos desfibriláveis, com desfibrilhação precoce e segura; administração correta de fármacos), competências não técnicas (comunicação eficaz, liderança, tomada de decisão, trabalho de equipa) e impacto na segurança do doente, através da redução de erros e melhoria da resposta a situações críticas reais.

Referências Bibliográficas:

- Jeffries PR. The NLN Jeffries Simulation Theory. 2.^a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021. 88 p.
- Vilarinho JO, Bucco M, Carvalho AE, Silva NO, Kalinke LP, Felix JV, et al. Construction and validation of a model for creating simulated scenarios based on Jeffries Theory. Rev Bras Enferm [Internet]. 2025 ago 8 [citado 2025 jan 25];78(3):1–10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0222>
- Faculty Simulation Toolkit. Chapter 2: NLN Jeffries Simulation Theory [Internet]. Hamilton, ON: Mohawk College [citado 2025 jan 25]. Disponível em: <https://ecampusontario.pressbooks.pub/facultysimulationtoolkit/chapter/chapter-2-nln-jeffries-simulation-theory/>

Apêndice N – Plano de sessão da formação no Serviço de Urgência Geral

PLANO DE SESSÃO

Tema: Contributos da Simulação Clínica em PCR: Desenvolvimento de Competências em Enfermagem para a Segurança do Doente.		Pré-requisitos: Aplicável	Sim X	Não
Local: Serviço de Urgência Geral	N.º sessão: 1	Se sim, quais: Algoritmo SAV (AHA) Plataformas colaborativas de aprendizagem: Canva		
Formador: Tatiana Teixeira e Sara Ribeiro				
Público-alvo: Enfermeiros do Serviço Urgência				
Data: 05/01/2025	Duração da sessão: 1h30	Objetivo Geral: Capacitar a equipa de enfermagem para uma gestão eficaz de Paragem Cardiorrespiratória através da implementação de um treino de simulação <i>in situ</i> .		

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA SESSÃO	FASES	CONTEÚDOS	MÉT.TÉC PEDAGO.	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO	AVALIAÇÃO
- Demonstrar a pertinência da temática no Serviço de Urgência Geral; - Identificar as etapas do algoritmo SAV; - Aplicar o algoritmo em contexto simulado; - Demonstrar aquisição/consolidação de competências técnicas em reanimação; - Demonstrar aquisição/consolidação de competências não técnicas em reanimação; - Promover reflexão sobre a pertinência da implementação da simulação no Serviço de Urgência Geral.	Introdução	- Apresentação da tema - Enquadramento da pertinência da temática - Apresentação dos objetivos da sessão - Introdução ao conteúdo da sessão	Método expositivo Método ativo	- Powerpoint - Computador - Tela - Projetor - Manequim de RCP - Desfibrilhador - Carro de emergência (material e fármacos) - Grelha de avaliação - Questionário	3 minutos	Formativa (Observação direta, Participação ativa, motivação e aplicação de grelha de avaliação de competências)
	Desenvolvimento	Sessão Teórica: - Enquadramento da importância da PCR - Competências essenciais em PCR - Definição de simulação clínica - Etapas para implementação de simulação - Benefícios da Simulação - Revisão de algoritmo de PCR para adultos	Método expositivo Método ativo		10 minutos	
		Sessão prática - Realização de 4 casos clínicos de PCR; - Debriefing após cada caso clínico.	Método participativo Método ativo		60 minutos (10 minutos para cada caso + 5 minutos para debriefing)	
	Conclusão	- Síntese da sessão; - Avaliação e reflexão de aprendizagem; - Abertura ao momento de discussão.	Método expositivo Método ativo		3 minutos	
	Discussão	- Esclarecimento de questões/dúvidas - Pontos fortes e dificuldades sentidas - Reflexão da aplicabilidade à prática real; - Questionário de avaliação da sessão	Método interrogativo Método ativo Método participativo		14 minutos	

Apêndice O – Instrumento de avaliação de competências em treino de simulação clínica em PCR realizado no Serviço de Urgência Geral

Instrumento de avaliação de competências em PCR

Simulação Clínica no Serviço de Urgência Geral

AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS			
CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	NÃO CUMPRE (0 PONTOS)	CUMPRE PARCIALMENTE (1 PONTO)	CUMPRE TOTALMENTE (2 PONTOS)
COMPRESSÕES TORÁCICAS DE QUALIDADE			
Profundidade adequada			
Ritmo/Frequência adequada			
Re-expansão do tórax			
Minimização de interrupções			
VENTILAÇÕES DE QUALIDADE			
Selagem da máscara			
Volume da ventilação			
Frequência adequada			
DESFIBRILHAÇÃO EFICAZ EM SEGURANÇA			
Identificação do ritmo correto			
Segurança do tórax			
Escolha correta da energia do choque			
Minimização da pausa pré-choque			
Desfibrilhação segura			
FÁRMACOS			
Administração de fármacos protocolados			
AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS			
CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	NÃO CUMPRE (0 PONTOS)	CUMPRE PARCIALMENTE (1 PONTO)	CUMPRE TOTALMENTE (2 PONTOS)
DINÂMICA DA EQUIPA			
Comunicação eficaz			
Capacidade de trabalho em equipa			
Tomada de decisões			
Liderança			
Gestão de tempo			
Gestão de tarefas			

Total: _____/38

Instrumento de avaliação de competências em PCR

Simulação Clínica no Serviço de Urgência Geral

NÍVEIS DE CUMPRIMENTO	
Não cumpre (0 pontos)	A competência avaliada não é demonstrada. Ou seja, as ações expectáveis não são cumpridas ou são inadequadas na maior parte do tempo do cenário simulado.
Cumpe parcialmente (1 Ponto)	A competência avaliada é demonstrada, mas é inconsistente ou com falhas esporádicas ao longo do cenário simulado. Ou seja, o participante evidencia alguma habilidade na competência avaliada, mas demonstra lacunas e/ou falhas que comprometem parcialmente o seu desempenho.
Cumpe totalmente (2 Pontos)	A competência avaliada é demonstrada de forma consistente durante todo o cenário simulado. Todas as ações expectáveis são executadas pelo participante, evidenciando um domínio total da competência avaliada.

**Apêndice P – Questionário de Avaliação de Sessão Formativa Teórico-Prática no
Serviço de Urgência Geral**

1 2 3 4 5

Mau ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito Bom

1.2. Clareza dos objetivos da sessão de formação.

1 2 3 4 5

Mau ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito Bom

1.3. Documentação e materiais de apoio.

1 2 3 4 5

Mau ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito Bom

2. Desempenho do formador - Clareza e domínio do tema.

1 2 3 4 5

Mau ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito Bom

3. Metodologia de Ação - Contributo da metodologia utilizada – simulação *in situ* - para o desenvolvimento de competências em enfermagem.

1 2 3 4 5

Mau ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito Bom

4. Resultados esperados - Utilidade prática da formação.

1 2 3 4 5

Mau ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito Bom

5. Avaliação global da sessão de formação.

1 **2** **3** **4** **5**

Mau      **Muito Bom**

**Apêndice Q – Resultados de Questionário de Avaliação de Sessão Formativa
Teórico-Prática no Serviço de Urgência Geral**



**Resultados de Questionário de Avaliação de
Sessão de formação Teórico-Prática no
Serviço de Urgência Geral**

Realizadas duas sessões formativas

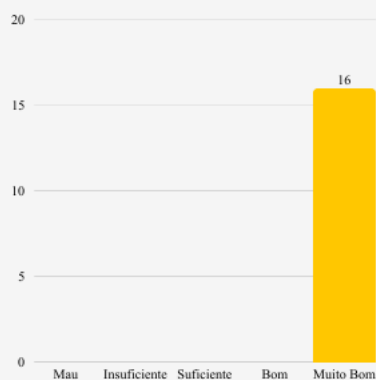
No total 16 participantes
(Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral)

1.1. RELEVÂNCIA DOS CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS.

Quadro de resultados

Mau	0
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	0
Muito Bom	16

Gráfico de resultados

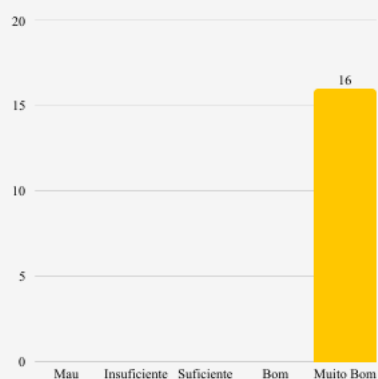


1.2. CLAREZA DOS OBJETIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.

Quadro de resultados

Mau	0
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	0
Muito Bom	16

Gráfico de resultados

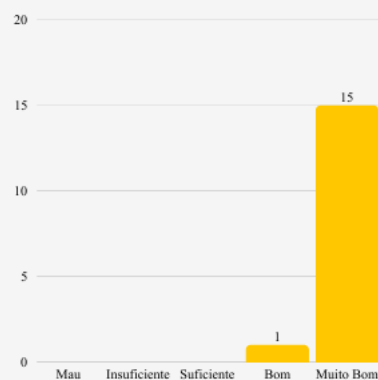


1.3. DOCUMENTAÇÃO E MATERIAIS DE APOIO.

Quadro de resultados

Mau	0
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	1
Muito Bom	15

Gráfico de resultados

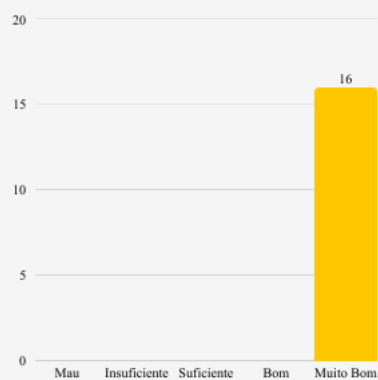


2. DESEMPENHO DO FORMADOR - CLAREZA E DOMÍNIO DO TEMA.

Quadro de resultados

Mau	0
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	0
Muito Bom	16

Gráfico de resultados

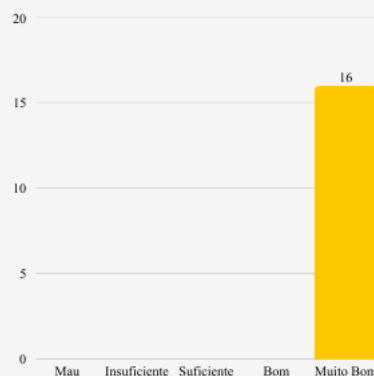


3. METODOLOGIA DE AÇÃO - CONTRIBUTO DA METODOLOGIA UTILIZADA – SIMULAÇÃO IN SITU - PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM.

Quadro de resultados

Mau	0
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	0
Muito Bom	16

Gráfico de resultados

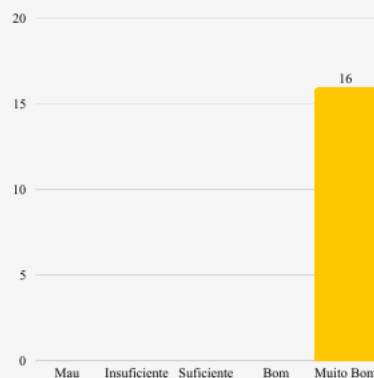


4. RESULTADOS ESPERADOS - UTILIDADE PRÁTICA DA FORMAÇÃO.

Quadro de resultados

Mau	0
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	0
Muito Bom	16

Gráfico de resultados

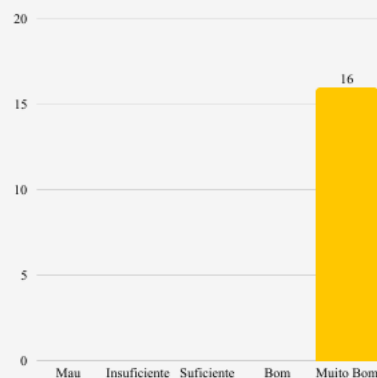


5. AVALIAÇÃO GLOBAL DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.

Quadro de resultados

Mau	0
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	0
Muito Bom	16

Gráfico de resultados



Apêndice R – Guia orientador para aplicação de treinos de simulação “*in situ*” no Serviço de Urgência Geral



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA

2.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I

Estágio no Serviço de Urgência Geral

**GUIA ORIENTADOR PARA APLICAÇÃO DE TREINOS DE SIMULAÇÃO
“*IN SITU*” NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL**

Discente:

Tatiana Teixeira, nº9226

Docente Orientador:

Prof. Dr. Paulo Santos

ANO LETIVO 2024/2025

Siglas

PCR - Paragem cardiorrespiratória

SUG - Serviço de Urgência Geral

CT – Competências Técnicas

CNT – Competências não técnicas

AHA - *American Heart Association*

INACSL -*International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*

Índice

I. Introdução	4
II. Definição de etapas para implementação de treinos de simulação	6
III. Considerações Finais	21
IV. Referências bibliográficas	22

I. Introdução

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) representa uma das principais causas de mortalidade a nível global, sendo considerada uma das emergências mais graves e complexas em contexto hospitalar.^{1,2} Este acontecimento crítico exige uma intervenção imediata e eficiente dos profissionais de saúde, direcionada para a prevenção ou reversão do mesmo, com o intuito de otimizar melhores resultados.³

A prestação de cuidados em situações de PCR continua a ser um enorme desafio para as equipas de enfermagem no Serviço de Urgência Geral (SUG).⁴ A imprevisibilidade e a complexidade das situações que caracterizam este serviço reforçam a necessidade dos enfermeiros que assumem um papel ativo, crucial e decisivo para a gestão eficaz destas situações críticas, o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas.⁵

Equipas de enfermagem consideradas bem-sucedidas detêm não só conhecimento teórico e um domínio de competências técnicas de reanimação (CT), mas também um domínio em competências não técnicas (CNT).⁶ Os fatores interpessoais como a liderança, trabalho em equipa e uma comunicação eficaz, assim como os fatores cognitivos como a tomada de decisão e a consciência situacional favorecem o desempenho da equipa para uma resposta adequada e atempada, estando agora incluídos nas diretrizes de reanimação em todo o mundo.^{3,7}

Embora a aquisição de competências dependa, maioritariamente, da experiência e do contacto com a prática clínica,⁸ a formação prévia dos enfermeiros é importante para que possam intervir com proficiência, qualidade e em segurança em situações de PCR. Neste sentido, torna-se cada vez mais pertinente a implementação de protocolos sistematizados e estruturados de formação contínua com recurso à simulação “*in situ*”, que influenciam diretamente o desempenho dos enfermeiros e, consequentemente, o prognóstico de quem beneficia destes cuidados.⁴

A simulação clínica emerge como uma metodologia formativa, proporcionando um ambiente controlado e seguro onde os enfermeiros podem desenvolver e aperfeiçoar estas competências essenciais.⁹ Pode variar num continuum de baixa, média e alta-fidelidade² e ser realizada em centros de simulação especializados ou no ambiente de trabalho real (“*in situ*”), resultando em importantes oportunidades de aprendizagem,

identificação de problemas, gestão do trabalho em equipa e, contribuindo para a melhoria contínua da prática clínica.⁸

A simulação “*in situ*” corresponde a uma metodologia de treino com ênfase na equipa^{8,10} realizada no ambiente real de prestação de cuidados recorrendo à utilização de equipamentos, recursos humanos e materiais do próprio serviço.^{6,8,11}

As normas internacionais, como as diretrizes da *American Heart Association* (AHA), na sua atualização em 2020, recomendam aos profissionais de saúde o treino de reanimação com recurso à simulação “*in situ*”, como complemento à formação tradicional. De acordo com as evidências mais recentes, a simulação “*in situ*”, isoladamente ou em combinação com a formação tradicional, pode contribuir positivamente para os resultados de aprendizagem dos profissionais de saúde e promover a segurança do doente.¹²

A implementação de simulação “*in situ*” exige mais do que uma simples recriação de cenários realistas no ambiente clínico. Existem diversas correntes relativas à organização de formação simulada, mas nenhum modelo de simulação específico demonstrou ser universalmente o mais eficiente. Contudo, a maioria dos estudos demonstra uma abordagem consensual de que a implementação da simulação é um processo complexo que requer um planeamento minucioso e sistemático^{10,13} e que deve seguir uma estrutura organizada em três fases fundamentais: o briefing, o cenário e o debriefing.¹⁰

Neste sentido, este documento constitui-se como um guia orientador que visa desenvolver um plano estruturado para a implementação e execução regular de treinos de simulação “*in situ*” no SUG, direcionado para cenários de emergência em situações de PCR. Por outro lado, procura assegurar qualidade e uniformidade nos treinos implementados. Para o sucesso da simulação, esta deve estar alinhada com os recursos disponíveis, as necessidades formativas da equipa e as exigências clínicas do contexto.¹⁰

Este documento encontra-se estruturado em sete etapas, que podem ser consideradas transversais a qualquer tipo de simulação e com potencial instrutivo e efetividade formativa.⁹ Estas etapas incluem: 1) Planeamento do treino de simulação; 2) Objetivos da aprendizagem; 3) Estrutura e formato da simulação; 4) Descrição do cenário; 5) *Briefing*; 6) *Debriefing*; e 7) Avaliação da simulação.

II. Definição de etapas para implementação de treinos de simulação

II.1. Planeamento do treino de simulação

O planeamento do treino de simulação corresponde à primeira etapa a ser executada, na medida em que todas as experiências simuladas exigem um planeamento prévio com o intuito de assegurar o cumprimento de objetivos e resultados esperados.^{9,14}

Nesta etapa considera-se pertinente ter atenção aos seguintes aspetos:

- **Levantamento de necessidades formativas:** Deve ser realizado um diagnóstico das necessidades formativas dos participantes.^{9,14} A identificação das necessidades pode incluir: avaliação de competências, comportamentos e atitudes, ações organizacionais, programas de melhoria contínua da qualidade, orientações para a prática clínica e metas para a segurança do doente.¹³ Esta recolha de dados pode ser realizada através da observação direta da prática, *feedback* informal com os profissionais de saúde do serviço, entrevistas e aplicação prévia de questionários para avaliar a perceção da equipa de enfermagem sobre a importância do treino de simulação clínica.
- **Identificação do público-alvo:** Nesta fase é importante definir os principais participantes na simulação.^{9,14} Para este contexto, os participantes selecionados incluem todos enfermeiros que exerçam funções no SUG, independentemente da sua experiência profissional. Contudo, atendendo à temática de PCR, pode-se considerar a possibilidade de inclusão de outros profissionais de saúde (médicos) no futuro, sendo esta inclusão vantajosa para assegurar uma prática simulada interdisciplinar.
- **Conhecimento prévio dos participantes:** Considerando que o hospital segue as diretrizes da AHA, é essencial que os participantes detenham um conhecimento prévio sobre os protocolos de atuação em PCR do serviço, conhecendo o algoritmo de PCR para adultos.¹²
- **Competências envolvidas:** Nos diversos cenários clínicos pretende-se o desenvolvimento ou consolidação de algumas CT (reconhecimento de PCR,

compressões, ventilações, administração de fármacos, desfibrilhação, gestão da via aérea) e CNT (comunicação, liderança, tomada de decisão, trabalho em equipa, gestão de tempo e de tarefas).

- **Seleção de facilitadores e/ou formadores em reanimação:** Enfermeiros do serviço com conhecimento teórico e prático, preferencialmente com formação certificada na área de reanimação cardiopulmonar.

II.2. Objetivos de Aprendizagem

O treino de simulação deve estar alinhado com os objetivos de aprendizagem. Deste modo, a segunda etapa corresponde à definição antecipada de objetivos, isto é, aos resultados esperados dos participantes através dos treinos de simulação. Estes devem ser claros, concisos, mensuráveis e bem definidos. ^{9,13,14}

☐ **Objetivo Geral:**

- Promover a aquisição de competências técnicas e competências não técnicas dos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral para uma gestão eficaz de situações de Paragem Cardiorrespiratória.

☐ **Objetivos Específicos:**

Os objetivos específicos encontram-se divididos em CT e CNT, sendo apresentados no seguinte quadro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Relativamente às competências técnicas (CT)
▪ Identificar precocemente uma situação de PCR; ▪ Realizar compressões de elevada qualidade; ▪ Assegurar oxigenação e ventilação adequada; ▪ Reconhecer ritmos desfibrilháveis (FV/TVsP), com desfibrilhação precoce e segura;

- Gerir a via aérea eficazmente, utilizando os materiais adequados;
- Administrar corretamente os fármacos protocolados.

Relativamente a competências não técnicas (CNT)

- Demonstrar capacidade em comunicar eficazmente com a equipa;
- Assumir a liderança da equipa, sendo responsável pela delegação de tarefas;
- Evidenciar capacidade de tomada de decisão rápida e atempada;
- Demonstrar capacidade para trabalho em equipa, intervindo ativamente no cumprimento das tarefas em tempo útil.

II.3. Estrutura e formato do treino de simulação

Na terceira etapa, a definição da estrutura e formato do treino de simulação incluem:

- **Modalidade de Simulação:** A estratégia de simulação selecionada é simulação “*in situ*”.
- **Local de implementação:** O local escolhido para realizar o treino de simulação no serviço será a sala de reuniões do SU/sala de emergência, conforme disponibilidade. Todavia, tendo em conta as dinâmicas do serviço e sempre que for necessário, poderá ser escolhido outro espaço para a realização do mesmo, mantendo o realismo dos cenários e acesso aos recursos materiais indispensáveis para uma reanimação cardiopulmonar. É importante ser flexível, pois poderá existir uma limitação de espaço imprevista.¹⁴
- **Horário da simulação:** O treino de simulação será realizado imediatamente após o final do turno da manhã (hora definida às 15h30). A escolha do horário para a simulação deve estar relacionada com o fluxo de trabalho do serviço, sendo importante definir um horário em que o serviço esteja menos movimentado para maximizar o número de participantes.¹⁴
- **Tempo de sessão de formação:** 45 minutos a 1 hora.

- **Recursos materiais:** O planeamento do equipamento e dos materiais adequados para a execução de cenários clínicos é fundamental para o sucesso da simulação.^{9,14} O seguinte quadro inclui a lista de materiais e equipamentos necessários para a simulação.

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA SIMULAÇÃO		
▪ Manequim ▪ Eléttodos para monitorização cardíaca ▪ Eléttodos de desfibrilhação (eléttodos multifunções) ▪ Cateteres IV de tamanhos diferentes ▪ Seringas de diferentes tamanhos e agulhas de diluição ▪ Soros ▪ Fármacos: adrenalina e amiodarona ▪ Sondas de aspiração flexíveis e rígidas	▪ Tubos orofaríngeos de tamanhos diferentes ▪ Tubos nasofaríngeos de tamanhos diferentes ▪ Dispositivos supraglóticos de tamanhos diferentes ▪ Lubrificante para dispositivo supraglótico ▪ Insuflador manual com reservatório e tubo de oxigénio ▪ Máscaras faciais de diferentes tamanhos para insuflador manual	▪ Laringoscópio e lâminas de diferentes tamanhos ▪ Tubos endotraqueais de diferentes tamanhos ▪ Dispositivo de monitoração de capnografia ▪ Estetoscópio ▪ Toalhitas de limpeza ▪ Desinfetante das mãos ▪ Máscara de oxigénio com reservatório e tubo de oxigénio

No final de cada sessão, deve-se assegurar uma adequada limpeza dos equipamentos e materiais, sendo o controlo de infeção uma preocupação significativa. De seguida, devem ser removidos e armazenados em segurança, garantindo a sua preservação.¹⁴

- **Configuração do Cenário:** Promover uma configuração dos cenários o mais aproximado à realidade do SUG favorável para o desenvolvimento de competências dos participantes.⁹
- **Seleção dos Participantes:** Conforme referido anteriormente, numa primeira fase, a simulação será realizada unicamente para a equipa de enfermagem. No entanto, em sessões futuras, será benéfico considerar a inclusão da equipa multidisciplinar para promover uma intervenção integrada na gestão de situações de PCR.
- **Número de participantes por treino de simulação:** O número de participantes por cada sessão de simulação será de 8 pessoas, podendo ser alterado de acordo com a disponibilidade e dinâmica da equipa.
- **Preparação Técnica:** É recomendado um teste prévio do funcionamento de todos os equipamentos e materiais, antes do início da prática simulada. Esta conduta permite garantir a eficácia do treino de simulação e responder às necessidades formativas e aos objetivos da aprendizagem dos participantes. Por outro lado, os responsáveis pela simulação devem estar preparados e ter um plano B para eventos inesperados ou falhas imprevistas decorridas durante a sessão de simulação.¹⁴

II.4. Descrição de cenário

A quarta etapa corresponde à descrição de cenários de simulação. De acordo com os Padrões para as melhores práticas em simulação da *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL) a construção de um cenário deve estar alinhada com os objetivos de aprendizagem, devendo incluir: apresentação da situação inicial para contextualização do cenário; progressão clínica estruturada com pistas que orientem a evolução do caso clínico e; identificação de ações críticas para avaliação do desempenho dos participantes e cumprimento dos objetivos do cenário.¹³

De seguida, serão apresentados casos clínicos em PCR para utilização nos treinos de simulação.

▪ **Caso clínico 1:**

Apresentação do caso clínico:

H, 68 anos.

Trazido por bombeiros por dor torácica.

História de EAM e DM.

À chegada à sala de emergência do Serviço de Urgência com bombeiros em SBV.

Desenvolvimento do Caso Clínico

- Confirmação de PCR.
- 1º Avaliação de Ritmo: Fibrilhação ventricular (FV).
- 2º Avaliação de Ritmo: Fibrilhação ventricular (FV).
- 3º Avaliação de Ritmo: Fibrilhação ventricular (FV).
- 4º Avaliação de Ritmo: Ritmo sinusal.

Intervenções esperadas:

- Confirmação da PCR. VOSP > sem sinais de circulação. Inicia SBV.
- Avalia ritmo (desfibrilhável). Condições de segurança do toráx.
- 1º choque a 150 J.
- RCP 2 minutos + Acesso EV.
- 2º choque a 200 J + 1mg de adrenalina EV
- RCP 2 minutos + considerar VA avançada e capnografia
- 3º choque a 200 J + 300 mg de amiodorona ou lidocaína.
- RCP 2 minutos + causas reversíveis
- Confirmar ritmo»» RCE»» cuidados pós-reanimação

▪ **Caso Clínico 2:**

Apresentação do caso clínico:

M, 60 anos

Trazida por bombeiros ao Serviço de Urgência por dor epigástrica.

Pálida e sudorética.

História de obesidade.

Desenvolvimento do Caso Clínico

- Confirmação da PCR.
- 1º Avaliação de Ritmo: Fibrilhação Ventricular (FV).
- 2º Avaliação de Ritmo: Fibrilhação Ventricular (FV).
- 3º Avaliação de Ritmo: AESP
- 4º Avaliação de Ritmo: taquicardia sinusal.

Intervenções esperadas:

- Confirmação da PCR» VOSP > sem sinais de circulação. Inicia SBV.
- Avalia ritmo (desfibrilhável). Condições de segurança do torác. Gel para pás manuais.
- 1º choque a 150 J.
- RCP 2 minutos + Acesso EV.
- 2º choque a 200 J + 1mg de adrenalina EV
- RCP 2 minutos + considerar VA avançada e capnografia
- Confirma pulso» AESP
- RCP 2 minutos + causas reversíveis
- Confirmar ritmo»» RCE»» cuidados pós-reanimação

▪ **Caso Clínico 3:**

Apresentação do caso clínico:

H, 55 anos.

Trazido por bombeiros ao Serviço de Urgência por história de síncope no trabalho.

Desconhecem-se antecedentes de saúde.

À chegada à sala de emergência com bombeiros em SBV.

Desenvolvimento do Caso Clínico

- Confirmação da PCR.
- 1º Avaliação de Ritmo: Taquicardia ventricular (TVsP)
- 2º Avaliação de Ritmo: Fibrilhação Ventricular (FV).
- 3º Avaliação de Ritmo: Fibrilhação Ventricular (FV).
- 4º Avaliação de Ritmo: taquicardia sinusal.

Intervenções esperadas:

- Confirmação da PCR» VOSP > sem sinais de circulação. Inicia SBV.
- Avalia ritmo (desfibrilhável). Condições de segurança do torác. Gel para pás manuais.
- 1º choque a 150 J.
- RCP 2 minutos + Acesso EV.
- 2º choque a 200 J + 1mg de adrenalina EV
- RCP 2 minutos + considerar VA avançada e capnografia
- 3º choque a 200 J + 300 mg de amiodorona ou lidocaína.
- RCP 2 minutos + causas reversíveis
- Confirmar ritmo»» RCE»» cuidados pós-reanimação

▪ **Caso Clínico 4:**

Apresentação do caso clínico:

M, 70 anos.

Observada no Serviço de Urgência por dispneia.

Antecedentes pessoais de asma.

Pedido de ajuda por doente se encontrar inconsciente.

Desenvolvimento do Caso Clínico

- Confirmação da PCR.
- 1º Avaliação de Ritmo: Assistolia
- 2º Avaliação de Ritmo: Fibrilhação Ventricular (FV).
- 3º Avaliação de Ritmo: Fibrilhação Ventricular (FV).
- 4º Avaliação de Ritmo: taquicardia sinusal.

Intervenções esperadas:

- Confirmação da PCR» VOSP > sem sinais de circulação. Inicia SBV.
- Avalia ritmo (não desfibrilhável) – Confirma derivação, ganho e elétrodo e cabos.
- Acesso EV + 1 mg de adrenalina
- RCP 2 minutos + considerar VA avançada e capnografia + causas reversíveis
- 1º choque a 150 J
- RCP 2 minutos
- 2º choque a 200 J + 1mg de adrenalina
- Confirmar ritmo»» RCE»» cuidados pós-reanimação

II.5. Briefing

Após as etapas anteriores estarem bem estruturadas e antes de se proceder à execução dos cenários clínicos, é importante garantir um ambiente seguro, acolhedor e uma relação de confiança entre todos os envolvidos. Este ambiente emerge da concretização de um momento inicial de *briefing* estruturado e padronizado, onde serão transmitidas informações importantes sobre o treino de simulação clínica, permitindo aos participantes gerir as suas expectativas e estarem preparados para os cenários de simulação.^{9,13,16} A quinta etapa inclui:

- **Apresentação e Acolhimento:** Corresponde à receção e acolhimento dos participantes, apresentação da equipa responsável pelo treino de simulação; breve elucidação sobre a pertinência da prática simulada em contexto de PCR para a aquisição de competências dos enfermeiros no SUG; foco na metodologia de formação contínua realizada em ambiente seguro e; garantia de confidencialidade e profissionalismo. Deve-se também transmitir a mensagem de que os erros durante a prática simulada deverão ser sempre considerados oportunidades de aprendizagem.
- **Apresentação do ambiente e dos recursos utilizados:** Breve apresentação do local da simulação e dos materiais e equipamentos disponíveis para a prática simulada de cenários de PCR, assim como demonstração do funcionamento básico dos mesmos.
- **Apresentação dos objetivos de aprendizagem:** O objetivo geral de aprendizagem, descrito anteriormente deve ser transmitido a todos os participantes. Em contrapartida, os objetivos específicos poderão não ser transmitidos aos participantes, sendo apenas de acesso aos facilitadores da simulação.⁹
- **Definição do tempo de cenário:** O tempo necessário para cada cenário é definido para que os participantes cumpram os objetivos de aprendizagem.¹⁶ A duração de

cada cenário será de 10 minutos. No final do cenário será realizado um *debriefing*, com uma duração aproximadamente de 7 minutos.

- **Regras e possíveis limites para o treino de simulação:** Apesar dos esforços para criar ambientes realistas, nem todos os aspetos de uma experiência simulada podem ser reais. Neste sentido, uma das regras estabelecidas é o compromisso dos participantes para se envolverem na concretização da prática simulada como se tratasse de uma situação real, evitando interrupções ou momentos distrativos desnecessários, pois os treinos de simulação “*in situ*” são treinos de curta duração. Um limite definido corresponde à preservação do material, não devendo este ser danificado durante qualquer treino de simulação, evitando custos desnecessários. Assim, não devem ser realizadas intervenções invasivas, como puncionar o manequim e administrar fármacos.
- **Esclarecimento de dúvidas:** Antes de iniciar o cenário de simulação é importante que os participantes se sintam esclarecidos.^{9,16} Os responsáveis pelo treino de simulação devem demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

II.6. *Debriefing*

O *debriefing* é considerado a etapa mais importante para a aprendizagem através da simulação.¹⁷ É um processo de reflexão, onde os participantes têm a oportunidade de refletir sobre as suas intervenções, conhecimentos, habilidades e áreas de melhoria, assim como de receber *feedback* construtivo. Envolve uma conversa bidirecional entre o facilitador e os participantes e, se bem conduzido, pode levar a mudança de comportamento dos participantes.^{9,17}

II.7. Avaliação

A simulação inclui dois tipos de avaliação: avaliação da simulação pelos participantes e avaliação do desempenho dos participantes. A avaliação da simulação realizada pelos participantes é essencial para promover a melhoria da qualidade da

formação no serviço.⁹ Neste sentido, no final de cada sessão de formação deverá ser aplicado um questionário para avaliar a qualidade da sessão, a pertinência da temática e os contributos para o desenvolvimento profissional de cada participante.

Por sua vez, a avaliação do desempenho dos participantes deverá estar relacionada com os objetivos de aprendizagem esperados,⁹ permitindo avaliar os contributos da simulação clínica na aquisição de competências dos participantes. A metodologia definida para a avaliação do desempenho dos participantes inclui duas abordagens complementares:

- **Avaliação subjetiva individual:** Esta avaliação poderá ser realizada através da aplicação de questionários pré e pós a prática simulada. Esta metodologia de avaliação tem como objetivo avaliar a perceção de cada participante sobre a pertinência da formação no serviço, assim como a sua perceção sobre a evolução das competências individuais.
- **Avaliação quantitativa individual:** A avaliação quantitativa das competências de cada participante em cenários de PCR durante o treino de simulação, poderá ser realizada através de instrumentos de avaliação de desempenho dos participantes. Neste sentido, foi elaborada uma grelha de avaliação, apoiada em critérios de avaliação e pontuação das competências. Esta pretende identificar o grau de desempenho individual de cada participante em cada competência, no sentido de assegurar uma avaliação uniformizada e objetiva e, consequentemente uma análise quantitativa dos resultados obtidos. Caracteriza-se por integrar três níveis de cumprimento: não cumpre, cumpre parcialmente e cumpre totalmente, sendo a cada nível atribuído uma pontuação (0 pontos, 1 ponto e 2 pontos), conforme apresentado no quadro seguinte.

NÍVEIS DE CUMPRIMENTO	
Não cumpre (0 pontos)	A competência avaliada não é demonstrada. Ou seja, as ações expectáveis não são cumpridas ou são inadequadas na maior parte do tempo do cenário simulado.
Cumpre parcialmente (1 Ponto)	A competência avaliada é demonstrada, mas é inconsistente ou com falhas esporádicas ao longo do cenário simulado. Ou seja, o participante evidencia alguma habilidade na competência avaliada, mas demonstra lacunas e/ou falhas que comprometem parcialmente o seu desempenho.
Cumpre totalmente (2 Pontos)	A competência avaliada é demonstrada de forma consistente durante todo o cenário simulado. Todas as ações expectáveis são executadas pelo participante, evidenciando um domínio total da competência avaliada.

Uma avaliação quantitativa individual objetiva deverá implicar:

- Observação atenta e imparcial de todas as intervenções durante o treino de simulação.
- Preenchimento da grelha de avaliação de competências durante o treino de simulação, tendo por base o desempenho do participante em cada cenário clínico.
- Atribuição da pontuação total de cada participante no final de cada cenário clínico.
- Conversão em percentagem da pontuação final individual obtida em cada cenário simulado.
- Apresentação individual dos resultados de cada participante e da média global da equipa.

A grelha de avaliação elaborada para ser utilizada como instrumento de avaliação de competências em treino de simulação clínica em PCR apresenta-se no quadro seguinte.

AValiação das Competências Técnicas			
CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	NÃO CUMPRE (0 PONTOS)	CUMPRE PARCIALMENTE (1 PONTO)	CUMPRE TOTALMENTE (2 PONTOS)
COMPRESSÕES TORÁICAS DE QUALIDADE			
Profundidade adequada			
Ritmo/Frequência adequada			
Re-expansão do tórax			
Minimização de interrupções			
VENTILAÇÕES DE QUALIDADE			
Selagem da máscara			
Volume da ventilação			
Frequência adequada			
DESFIBRILHAÇÃO EFICAZ EM SEGURANÇA			
Identificação do ritmo correto			
Segurança do tórax			
Escolha correta da energia do choque			
Minimização da pausa pré-choque			
Desfibrilhação segura			
FÁRMACOS			
Administração de fármacos protocolados			

AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS			
CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	NÃO CUMPRE (0 PONTOS)	CUMPRE PARCIALMENTE (1 PONTO)	CUMPRE TOTALMENTE (2 PONTOS)
DINÂMICA DA EQUIPA			
Comunicação eficaz			
Capacidade de trabalho em equipa			
Tomada de decisões			
Liderança			
Gestão de tempo			
Gestão de tarefas			

Através desta metodologia de atribuição de pontos para avaliação de cada competência é possível calcular percentagens de melhoria nas competências avaliadas, ao comparar os resultados obtidos em diferentes cenários clínicos.

Os resultados obtidos poderão ser apresentados através da seguinte tabela:

Participante ou Grupo (identificado por um número)	Resultados obtidos				Melhoria (%)
	1º cenário		2º cenário		
	Pontuação Final	Percentagem (%)	Pontuação Final	Percentagem (%)	
# 1					
# 2					
# 3					
Média global					

III. Considerações Finais

A implementação deste guia orientador de treinos de simulação em serviço representa uma metodologia de aprendizagem importante para o desenvolvimento de competências essenciais na gestão eficaz de situações de PCR, com foco na melhoria contínua dos cuidados prestados e segurança do doente.

O sucesso dos treinos de simulação em serviço depende de um planeamento cuidadoso e minucioso, responsável por benefícios significativos. Este guia orientador inclui uma estrutura organizada e baseada na evidência científica para realização de treinos de simulação em serviço de forma eficaz e alinhados às necessidades reais do serviço. Importa referir que este documento resulta da integração de várias correntes descritas na literatura, não existindo um protocolo universalmente validado para a implementação de treinos de simulação *in situ*. Este encontra-se sujeito a alterações de acordo com os avanços da melhor evidência científica.

Embora este guia tenha sido elaborado para a equipa de enfermagem, não se exclui a utilização do mesmo para outras especialidades. Alinhado às necessidades formativas do serviço e à situação real de valorização de trabalho em equipa multidisciplinar na gestão eficaz de PCR, considera-se a pertinência de projeção de, no futuro, alargar os treinos de simulação para a equipa médica.

IV. Referências Bibliográficas

1. Santos ME, Santos MA, Silva PM, Azinheiro SS, Costeira CR, Duarte HM. Conhecimentos teóricos dos enfermeiros sobre suporte avançado de vida nos cuidados à pessoa em situação crítica. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2024 Dez [citado 2024 dez 13]; serVI no. 3 supl.1: 1-9. DOI: <https://doi.org/10.12707/rvi23.84.32232>
2. Rente M, Costa M, Pontes M, Príncipe F, Mota L. Perceção dos enfermeiros sobre prática simulada em suporte básico de vida na prática clínica. *Millenium* [Internet]. 2021 [citado 2024 dez 13]; 2(16):65-72. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0216.24482>
3. Nogueira AF, Gonçalves JF, Costa MA. Competências não técnicas em suporte avançado de vida: revisão sistemática da literatura. *RIASE Rev Investig Acao Superv Educ* [Internet]. 2021 [citado 2024 dez 13]; 7(3):401-421. DOI: [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).497.401-421](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).497.401-421)
4. Silva SM, Lima RN. A liderança do enfermeiro na parada cardiorrespiratória (PCR) adulto intrahospitalar. *Rev Ibero-Am Humanid Ciênc Educ* [Internet]. 2022;8(11):1177-1185. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i11.7715>
5. Oliveira AB, Silva LT, Souza CS. A atuação do enfermeiro nos casos de parada cardiorrespiratória: uma revisão integrativa da literatura [The nurse's performance in cases of cardiorespiratory arrest: an integrative literature review]. *Res Soc Dev* [Internet]. 2022 [citado 2024 dez 13]; 11(12): 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.35159>
6. Turra L, Lazzari DD, Martini JG, Nascimento RP, Ramos FC, Malfussi BH, et al. Knowledge of the nursing team about cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation: mixed methods studies. *Rev Gaúcha Enferm*. 2024 [citado 2024 dez 13]; 45:1-13 DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230280.en>.
7. Evans JC, Evans MB, Slack M, Peddle M, Lingard L. Examining non-technical skills for ad hoc resuscitation teams: a scoping review and taxonomy of team-related concepts. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2021 [citado 2024 dez 13]; 29(1):1-22. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00980-5>

8. Brazão ML, Nóbrega S, Barreto F, Almada S. O Papel da Simulação no Treino de Equipes de Urgência [The Role of Simulation in Emergency Teams Training]. Pontos de vista [Internet]. 2022 [citado 2024 dez 13]; 29(4):287-299. DOI: <https://doi.org/10.24950/rspmi.1229>
9. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2020.
10. Martin A, Cross S, Attoe C. The use of in situ simulation in healthcare education: current perspectives. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 2020 [citado 2024 dez 13]; 11:893-903. DOI: [10.2147/AMEP.S188258](https://doi.org/10.2147/AMEP.S188258)
11. Finstad AS, Aase I, Bjørshol CA, Ballangrud R. In situ simulation-based team training and its significance for transfer of learning to clinical practice: a qualitative focus group interview study of anaesthesia personnel. *BMC Med Educ* [Internet]. 2023 [citado 2024 dez 13]; 23(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04201-8>
12. American Heart Association (AHA). Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC [Internet]. Dallas (TX): American Heart Association; 2020 [citado 2024 dez 14]. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines%20files/highlights/hghlghts_2020_ecc_guidelines_english.pdf
13. INACSL Standards Committee, Watts PI, McDermott DS, Alinier G, Charnetski M, Nawathe PA, et al. Healthcare simulation standards of best practice™: simulation design. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2021 [citado 2024 dez 14]; 58:14-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>
14. Tapia V, Waseem M. Setup and execution of in situ simulation. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Internet]. 2025 [citado 2024 dez 14]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551657/>
15. International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL). INACSL [Internet]. Raleigh (NC): INACSL; 2025 [citado 2024 dez 14]. Disponível em: <https://www.inacsl.org>

16. INACSL Standards Committee. Healthcare Simulation Standards of Best Practice®: Prebriefing: Preparation and briefing. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2021 [citado 2024 dez 14]; 105:1-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101777>
17. Lomuscio S, Capogna E, Sironi S, Sguanci M, Morales S, Cangelosi G, et al. Debriefing methodologies in nursing simulation: an exploratory study of the Italian settings. *Nurs Rep* [Internet]. 2025 [citado 2025 jan 29]; 15:1-7. DOI: <https://doi.org/10.3390/nursrep15010007>.

Apêndice S – Póster “Dispositivos de Imobilização e Transferência no Trauma”

DISPOSITIVOS DE IMOBILIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIA NO TRAUMA



Elaborado por: Tatiana Teixeira. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica.

Supervisor Pedagógico: Profº Paulo Santos
Supervisora Clínica: Enfª Sara Ribeiro

MACA SCOOP (Pluma)

Maca de levantamento



É UM DISPOSITIVO DE TRANSFERÊNCIA E NÃO DE TRANSPORTE!

Indicações:

- Transferência da vítima de uma superfície plana para outra, mantendo o alinhamento do neuroeixo.

Contra-indicações:

- Vítimas acima do limite de peso definido pelo fabricante.

MACA DE VÁCUO (Coquille)



Dispositivo de eleição para o transporte de vítimas. Permite a moldagem ao corpo da vítima pela ocupação de todos os espaços.

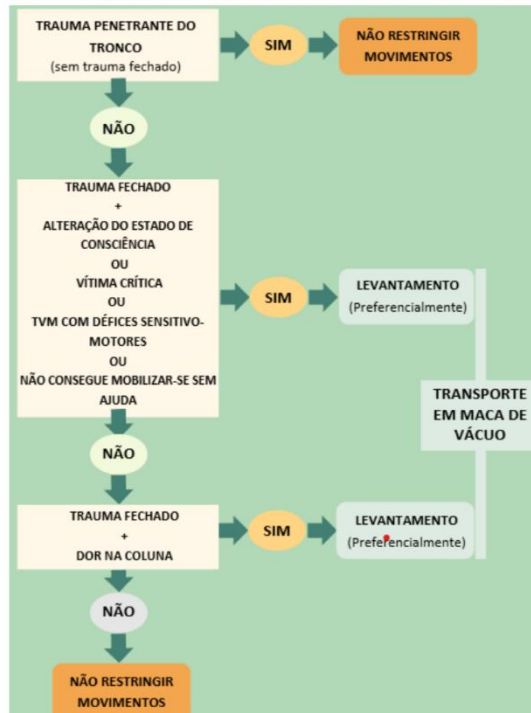
Indicações:

- Transporte de vítimas de trauma que necessitem de restrição de movimentos de coluna.

Contra-indicações:

- Não existem contraindicações.

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS DA COLUNA



ROLAMENTO

Indicações:

- Vítima em decúbito ventral ou lateral.

Contra-indicações:

- Objetos empalados na região dorsal.

Complicações:

- Dor e agravamento de lesões.

IMOBILIZAÇÃO EM PLANO DURO

Indicações:

- Vítimas críticas que tenham sido extraídas com plano duro e que não sejam transferíveis para maca vácuo com o objetivo de minimizar o tempo no local.

Contra-indicações:

- Transportes de vítimas não críticas com duração superior a 10 minutos.
- Vítima com trauma penetrante do tronco.

Complicações

- Risco de aspiração com potencial compromisso da via aérea;
- Risco de agravamento da função respiratória na posição supina;
- Dor e desconforto;
- Lesões por pressão.



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA



Referências Bibliográficas:

- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica. Manual de técnicas de trauma [Internet]. 2ª ed. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica; 2024 [citado 2025 jan 2]. Disponível em: <https://aprender.inem.pt/enrol/index.php?id=123>

Apêndice T – Póster “Simulação Clínica em PCR”

SIMULAÇÃO CLÍNICA EM PCR

SIMULA HOJE E SALVARÁS VIDAS AMANHÃ!

INTRODUÇÃO

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é um problema de saúde pública,¹ considerada uma emergência médica e umas das principais causas de mortalidade a nível global.^{2,3,4} Exige das equipas de emergência intervenções rápidas, coordenadas e eficazes.⁵

SIMULAÇÃO CLÍNICA: METODOLOGIA INOVADORA

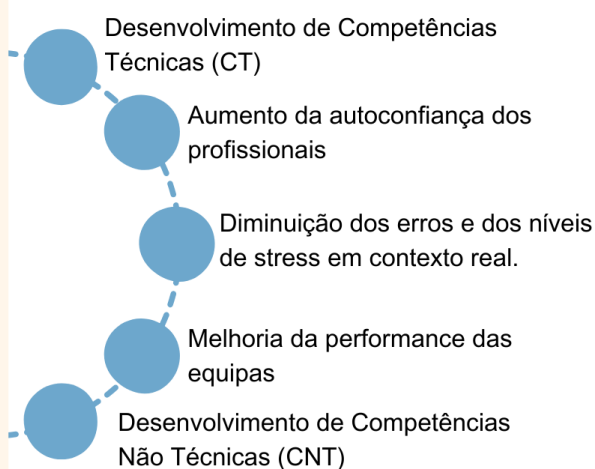
- **APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL**
Cenários realistas em ambiente seguro e controlado.^{6,7}
- **RECONHECIMENTO INTERNACIONAL**
Padrão de excelência para o desenvolvimento de competências na área da saúde.⁷
- **FORMAÇÃO CONTÍNUA**
Pilar da qualidade dos cuidados prestados e segurança do doente.⁸

ETAPAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO TREINO DE SIMULAÇÃO

Para a eficácia da aprendizagem, é necessário seguir etapas e critérios de boas práticas em simulação.^{9,10,11}



CONTRIBUTOS DA SIMULAÇÃO CLÍNICA PARA AS EQUIPAS DE EMERGÊNCIA



A SIMULAÇÃO MELHORA:

CT: Compressões, ventilações, desfibrilhação.

CNT: Comunicação, Liderança, Trabalho em equipa, tomada de decisão, pensamento crítico.

5,7,12,13,14,15

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A simulação clínica é uma metodologia formativa que se traduz no desenvolvimento de competências essenciais para uma gestão eficaz de PCR. Resulta na transformação de comportamentos na prática clínica das equipas de emergência, melhorando a sua *performance*, bem como a segurança e *outcomes* dos doentes.



Referências Bibliográficas do Póster

“Simulação Clínica em Paragem Cardiorrespiratória”

1. Cardoso L, Barros JP. Paragem cardio-respiratória: um estudo de caso sobre uma resposta rápida e integrada. In: Barros JPM, Filipe CSM, editores. Enfermagem contemporânea: novos desafios, integração de cuidados e percurso assistencial [Internet]. Lisboa: [s.n.]; 2024 [citado 2025 abril 1]. p. 131-145. DOI:[10.37885/241017929](https://doi.org/10.37885/241017929)
2. Rente M, Costa M, Pontes M, Príncipe F, Mota L. Perceção dos enfermeiros sobre prática simulada em suporte básico de vida na prática clínica. Millenium [Internet]. 2021 [citado 2025 abril 1]; 2(16):65-72. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0216.24482>
3. Mateus P, Martins M, Frutuoso A, Ferreira L, Martins M. Paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar: impacto do tempo de resposta dos meios de emergência. Gest Desenvol [Internet]. 2024 [citado 2025 abril 2]; 32:91-107. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2024.16116>
4. Santos ME, Santos MA, Silva PM, Azinheiro SS, Costeira CR, Duarte HM. Conhecimentos teóricos dos enfermeiros sobre suporte avançado de vida nos cuidados à pessoa em situação crítica. Rev Enf Ref [Internet]. 2024 Dez [citado 2025 abril 2]; serVI no. 3 supl.1: 1-9. DOI: <https://doi.org/10.12707/rvi23.84.32232>
5. Herrero-Izquierdo L, Abajas-Bustillo R, Ortego-Maté C, Alconero-Camarero AR. Effectiveness of high-fidelity clinical simulation in cardiopulmonary resuscitation training: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. Clin Simul Nurs [Internet]. 2025 [citado 2025 abril 3]; 98:1-15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101665>
6. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Manual de Simulação Clínica para Profissionais de Enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2020. 142 p.
7. Brazão ML, Nóbrega S, Barreto F, Almada S. O Papel da Simulação no Treino de Equipas de Urgência [The Role of Simulation in Emergency Teams Training]. Pontos

- de vista [Internet]. 2022 [citado 2025 abril 3]; 29(4):287-299. DOI: <https://doi.org/10.24950/rspmi.1229>
8. Lamé G, Dixon-Woods M. Using clinical simulation to study how to improve quality and safety in healthcare. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn* [Internet]. 2020 [citado 2025 abril 3]; 6(2):87-94. DOI: [10.1136/bmjstel-2018-000370](https://doi.org/10.1136/bmjstel-2018-000370)
 9. INACSL Standards Committee, Watts PI, McDermott DS, Alinier G, Charnetski M, Nawathe PA, et al. Healthcare simulation standards of best practice™: simulation design. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2021 [citado 2025 abril 4]; 58:14-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>
 10. INACSL Standards Committee. Healthcare Simulation Standards of Best Practice®: Prebriefing: Preparation and briefing. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2021 [citado 2025 abril 4]; 105:1-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101777>
 11. Lomuscio S, Capogna E, Sironi S, Sguanci M, Morales S, Cangelosi G, et al. Debriefing methodologies in nursing simulation: an exploratory study of the Italian settings. *Nurs Rep* [Internet]. 2025 [citado 2025 abril 4]; 15:1-7. DOI: <https://doi.org/10.3390/nursrep15010007>.
 12. Santos EC, Fontes CJ, D'Artibale EF, Miravete JC, Ferreira GE, Ribeiro MR. Simulation for teaching cardiorespiratory resuscitation by teams: setting and performance assessment. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2021[citado 2025 abril 4]; 29: 1-11. DOI: [10.1590/1518-8345.3932.3406](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3932.3406)
 13. Araújo PR, Santana BS, Nogueira JW, Magro MC. Simulação clínica na retenção tardia de conhecimento e autoconfiança de profissionais de enfermagem: estudo quase experimental. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2022; [citado 2025 abril 5]; 27: e81568. DOI: [dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81568](https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81568)
 14. Nogueira AF, Gonçalves JF, Costa MA. Competências não técnicas em suporte avançado de vida: revisão sistemática da literatura. *RIASE Rev Investig Acao Superv Educ* [Internet]. 2021 [citado 2025 abril 5]; 7(3):401-421. DOI: [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).497.401-421](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).497.401-421)
 15. Greif R, Lauridsen KG, Djärv T, Ek JE, Monnelly V, Monsieurs K, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025: Executive Summary. *Resuscitation*

[Internet]. 2025 [citado 2025 abril 5]; 215:1-82. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110770>

Apêndice U – Sessão assíncrona intitulada de “Prevenção e Gestão do *Delirium* no Serviço de Medicina Intensiva”

PREVENÇÃO E GESTÃO DO *DELIRIUM* NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Orientação Clínica: En^{fe} Leonino Santos
Orientação Pedagógica: Prof^a Paulo Santos

Aluna da Especialidade:
Tatiana Teixeira, nº9226

Ano Letivo de 2024/25 - 2º ano 2025

2º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Mod.CPD.05.03

PREVENÇÃO E GESTÃO DO *DELIRIUM* NO SMI

Objetivo

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da prevenção e gestão do *Delirium* no Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

SUMÁRIO

01

Definição e Classificação do *Delirium*

06

Intervenção do Enfermeiro no *Delirium*:
Prevenção e Gestão

02

Importância do *Delirium* no SMI

07

Caminho no futuro para a melhoria
contínua

03

Etiologia do *Delirium*

08

Considerações Finais

04

Modelos Preditivos do *Delirium*

09

Referências Bibliográficas

05

Avaliação e Monitorização do *Delirium*

DEFINIÇÃO DO *DELIRIUM*

DELIRIUM^{1,2,3,4}



Consiste numa disfunção cerebral caracterizada por alterações cognitivas, que envolvem a memória, percepção, consciência e atenção.



Síndrome de início súbito e forma transitória e flutuante. É reversível, mas está associado a elevada mortalidade e morbilidade.

PODE OCORRER:

- **Alterações da Percepção:** Podem manifestar-se por presença de alucinações e ilusões.
- **Alterações da Cognição:** Podem manifestar-se por défices de memória, desorientação, perturbações da linguagem (com disartria, disnomia, disgrafia e afasia).
- **Alterações Afetivas e Neurológicas:** Movimentos involuntários (mioclonias).

CLASSIFICAÇÃO DO *DELIRIUM*

De acordo com a duração, o *Delirium* pode ser classificado em:⁵



AGUDO

Duração de horas a dias.



PERSISTENTE

Duração de semanas a meses.

O *Delirium* pode ser classificado em três subtipos, de acordo com a atividade psicomotora e de vigília observadas.^{1,3,6,6}



HIPERATIVO

Inquietação e agitação psicomotora, confusão mental e, em alguns casos, por alucinações e hiperalgesia (síndrome de privação de opioides).



HIPOATIVO

Confusão, sonolência, letargia, prostração, lentificação psicomotora e hiporeatividade a estímulos externos



MISTO

Alternância entre os níveis hipoativo e hiperativo.

IMPORTÂNCIA DO *DELIRIUM* NO SMI

Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)^{1,3,7}

A incidência do *Delirium* na PSC pode atingir

80%

• Distúrbio frequente no contexto da Pessoa em Situação Crítica (PSC) na UCI.

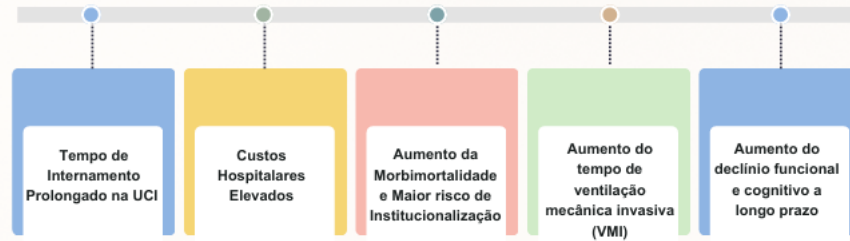
• É, ainda, subdiagnosticado na UCI e, por vezes, subtratado pelos profissionais de saúde.

• Uma realidade que compromete significativamente o prognóstico e a recuperação da PSC a curto e longo prazo.

IMPORTÂNCIA DO *DELIRIUM* NO SMI

O *Delirium* tem importantes implicações para as instituições de saúde, bem como nos outcomes da PSC. A subvalorização e subdiagnóstico resultam em implicações graves.²

PRINCIPAIS IMPLICAÇÕES DO *DELIRIUM*^{1,2,4,5,7}



O *Delirium* é uma experiência traumática. Afeta não apenas a saúde física, mas também a esfera emocional, cognitiva, relacional, espiritual e situacional da PSC e da sua família.⁴

ETIOLOGIA DO *DELIRIUM*

ETIOLOGIA DO *DELIRIUM* NO SMI^{2,4,8}

É complexa e multifatorial, não existindo evidência científica que explique com toda a certeza a fisiopatologia do delirium. O desenvolvimento do delirium está dependente de uma interação complexa entre vários fatores de risco relacionados com as características da PSC e o ambiente onde se insere. Incluem:

Possíveis mecanismos fisiopatológicos propostos com o avanço da medicina moderna:^{4,9}

- Neuroinflamação
- Desequilíbrio de neurotransmissores,
- Problemas de função cerebral em condições patológicas,
- Desregulação neuroendócrina
- Stress oxidativo
- Desequilíbrio da microbiota intestinal.

Fatores predisponentes
(Não modificáveis)

Fatores precipitantes
(Modificáveis)

ETIOLOGIA DO *DELIRIUM*

Fatores predisponentes
(Não modificáveis)

- Idade avançada (>65 anos)
- Sexo masculino
- Demência
- Depressão
- Estado funcional prévio pobre
- Inatividade
- Isolamento social
- História de quedas
- Comorbilidades
 - Dor crónica
 - Doença terminal de órgão (cardíaca, pulmonar, hepática, cerebral...)
 - Alcoolismo
- Compromisso do sistema sensorial (visual/auditivo)
- Alteração da capacidade da ingestão oral
- Delirium prévio
- Disfunção de órgão devido a neoplasia

Fatores etiológicos do Delirium¹

Fatores precipitantes
(Modificáveis)

- Infecção
- Hipoxia
- Choque
- Febre
- Anemia
- Desidratação
- Mau estado nutricional
- Neoplasia primária cerebral
- Metástases cerebrais
- Polifarmácia/fármacos
 - Fármacos psicoativos
 - Opioides
 - Benzodiazepinas
 - Antidepressivos
 - Anti-histamínicos
 - Anticolinérgicos
 - Corticosteroides
- Desequilíbrios hidroeletrólitos
- Alterações metabólicas
 - Hipotireoidismo
 - Hipoglicemia
 - Hipo/hipernatremia
- Alterações ambientais
- Contenção de movimentos
- Cateteres urinários
- Dor descontrolada
- Stress emocional
- Falência de órgão
- Privação prolongada de sono
- Quimioterapia (citostáticos)
- Radioterapia cerebral
- Cirurgia

ETIOLOGIA DO *DELIRIUM*



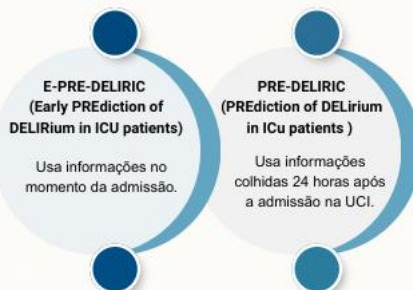
MODELOS PREDITIVOS DE *DELIRIUM*

SERÁ POSSÍVEL PREVER OU ANTECIPAR O *DELIRIUM* NA PSC NA UCI?¹⁰

Existem modelos preditivos de *Delirium* validados para aplicação no momento da admissão e às 24 horas de internamento na UCI.

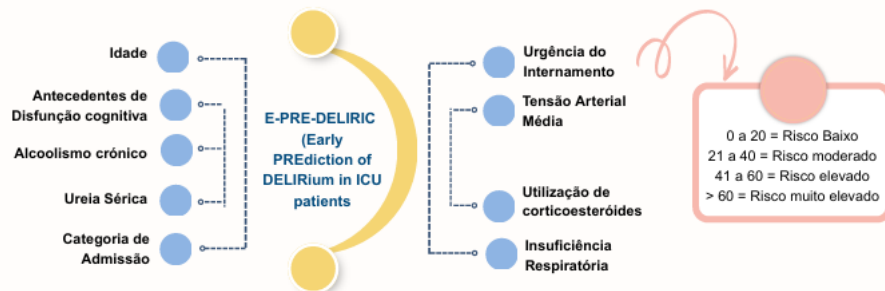
MODELOS PREDITIVOS DE *DELIRIUM* NA UCI

Os resultados das pontuações orientam para uma vigilância mais rigorosa e para uma intervenção precoce antes do início de sintomatologia evidente.



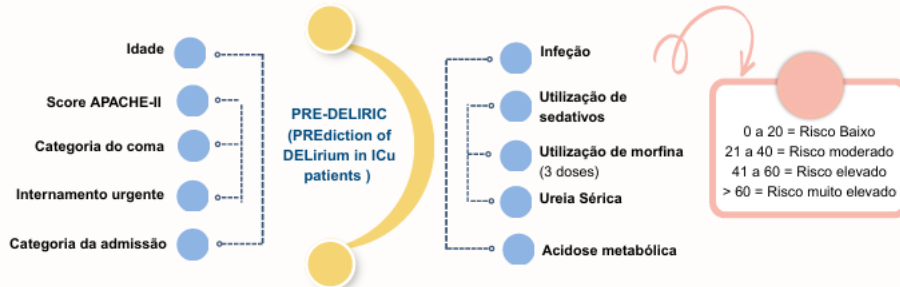
MODELOS PREDITIVOS DE *DELIRIUM*

O modelo **E-PRE-DELIRIC** consiste na avaliação de 9 preditores cruciais, no momento da admissão na UCI. Incluem:



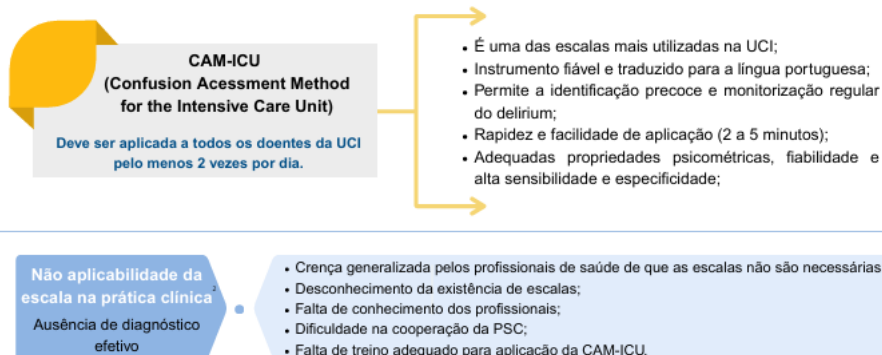
MODELOS PREDITIVOS DE DELIRIUM

O modelo **PRE-DELIRIC** consiste na avaliação de dez preditores cruciais, nas primeiras 24 horas de internamento na UCI. Incluem:^{10,11}

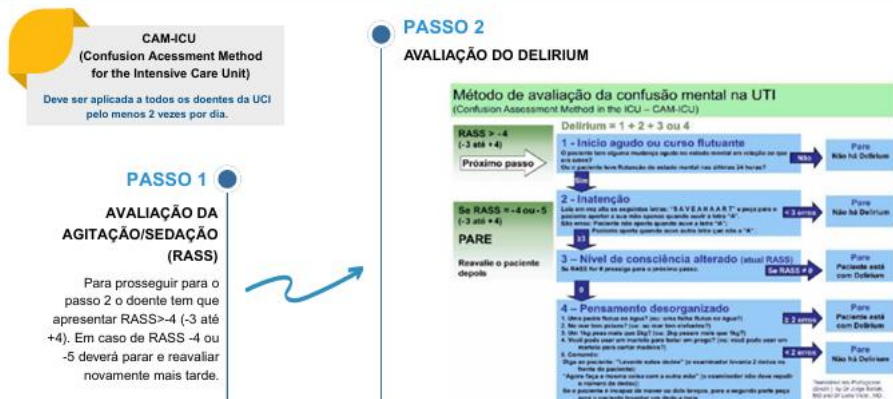


AValiação e Monitorização do DELIRIUM NO SMI

A monitorização do *Delirium* na UCI deve ser realizada através da utilização de escalas validadas e de alta sensibilidade.^{4,12}



AValiação e Monitorização do DELIRIUM NO SMI



PREVENÇÃO, GESTÃO E TRATAMENTO DO *DELIRIUM*¹³

O *Delirium*, síndrome complexo e multifatorial, requer:

- Antecipação das necessidades da PSC;
- Avaliação dos sintomas da PSC;
- Intervenção contínua dos profissionais de saúde para prevenir ou reduzir efetivamente a ocorrência, duração e gravidade.



Promoção de uma abordagem integrada

- Avaliação de sintomas combinada com pensamento crítico.

Ferramentas operacionais para prevenir e tratar o *Delirium*:

PADIS, 2018

Diretrizes de Prevenção e Manutenção da Dor, Agitação/Sedação, *Delirium*, Imobilidade e Perturbação do Sono em Doentes Adultos na UCI

Bundle ABCDEF
(kit de ferramentas usado para aplicar as diretrizes PADIS)

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO *DELIRIUM*: PREVENÇÃO E GESTÃO²

CONHECIMENTO ESSENCIAL

O enfermeiro deve deter um conhecimento aprofundado acerca dos fatores precipitantes do *Delirium*.

GESTÃO EFETIVA

A intervenção do enfermeiro é determinante na gestão e tratamento do *Delirium*, quando se encontra instalado.

PREVENÇÃO AUTÓNOMA

Desempenha uma intervenção fundamental na prevenção do *Delirium* através da implementação de intervenções autónomas de enfermagem.

PREVENÇÃO

DETEÇÃO E TRIAGEM

TRATAMENTO E MONITORIZAÇÃO

REGISTOS E DOCUMENTAÇÃO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO *DELIRIUM*

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO *DELIRIUM*: PREVENÇÃO E GESTÃO

- As intervenções de enfermagem podem ser autónomas ou interdependentes. Contudo, dada a complexidade do *Delirium*, a abordagem deve ser **MULTIDISCIPLINAR**.²

ABORDAGEM MULTIMODAL²

Intervenções Farmacológicas^{2,4,14}

Intervenções Não Farmacológicas¹⁴

Abordagem multicomponente

Existe consenso na literatura e evidencia científica que defendem a abordagem não farmacológica como sendo a mais eficaz para a prevenção e gestão do *Delirium*.

Não existe evidência científica e consenso na literatura sobre o fármaco mais adequado para a prevenção e tratamento do *Delirium*. Determinados fármacos podem estar associados a efeitos secundários prejudiciais para a PSC.

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO *DELIRIUM*: PREVENÇÃO E GESTÃO

1,2,3,5,14,15



AMBIENTE E SONO

- Abertura/ encerramento das persianas;
- Permitir próteses auditivas e visuais (em situações de acuidade visual e auditiva comprometida);
- Promover um ambiente harmonioso: relação de empatia e proximidade com os enfermeiros, permitir objetos familiares, reduzir volume dos alarmes dos equipamentos (monitor, seringas e telefones);
- Promover musicoterapia (tom baixo, ritmo lento e repetitivos);
- Aromaterapia.



CICLO SONO/VIGILIA

- Massagens relaxantes;
- Posicionamento adequado e confortável;
- Luminosidade adequada ao ciclo circadiano;
- Evitar intervenções, procedimentos e ruídos noturnos;
- Ponderar indutores do sono, em caso de necessidade;
- Evitar que a pessoa durma durante o dia ;
- Disponibilizar tampões para os ouvidos, se necessário

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO *DELIRIUM*: PREVENÇÃO E GESTÃO

1,2,3,5,14,15



TERAPIA PRECOCE

- Nutrição e hidratação adequadas;
- Oxigenação adequada;
- Prevenir hipo/hipertermia e hipo/hiperglicemia.
- Mobilização precoce e reabilitação (fisioterapia);
- Remover dispositivos desnecessários;
- Minimizar o uso de fármacos sedativos, nomeadamente benzodiazepinas;
- Controlo adequado da dor;
- Monitorizar eliminação vesical e prevenir obstipação precocemente.



AVALIAÇÃO COGNITIVA E ORIENTAÇÃO

- Orientação sobre local/data/hora, identificação do profissional de saúde, motivo de internamento, procedimentos;
- Explicação de sons (bombas infusoras, monitores, ventiladores);
- Promover visitas da família e o seu envolvimento nos cuidados;
- Mensagens de áudio, leitura e entretenimento;
- Assegurar existência de relógios na UCI;
- Comunicação empática com linguagem adequada;
- Minimizar medidas de contenção físicas.

CAMINHO NO FUTURO PARA A MEHORIA CONTÍNUA

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

- O protocolo institucional vigente para prevenção e monitorização do *Delirium* está atualizado e alinhado com a evidência científica para as melhores práticas?
- Porque não se aplica a escala CAM-ICU de forma sistemática neste SMI?
- Quais as principais condicionantes para o registo e documentação da monitorização do *Delirium* no SMI?
- Como promover a revisão do protocolo e a formação contínua dos profissionais de saúde na área do *Delirium* no SMI?

CAMINHO NO FUTURO PARA A MEHORIA CONTÍNUA

Protocolo do *Delirium* do Serviço

Serviço de Medicina Intensiva
Sedação, Analgesia e Delirium (SAD)
Palavra-chave: Sedação, Analgesia, Delirium

1. OBJETIVOS

A.1. Definir os procedimentos visando a melhoria da qualidade da assistência ao doente internado no SMC no que concerne à sedação evitando sempre que possível a sedação profunda e prolongada.

A.2. Instaurar a prática da interrupção diária da sedação com segurança.

A.3. Identificar precocemente a dor e tratá-la de forma eficaz.

A.4. Instituição de medidas não farmacológicas para a prevenção e identificação precoce dos doentes em Delirium de modo a instituir precocemente terapêutica específica.

PT.0311 /E. SMI

Versão 01 de 2019/06/12

Rever até 2022/06

DESATUALIZADO

Pode comprometer a uniformização de cuidados dos profissionais de saúde na prevenção, identificação precoce e a gestão adequada do *Delirium*.

Áreas de melhoria identificadas

- Protocolo institucional vigente acerca da prevenção e monitorização do *Delirium* carece de revisão (ajustes de acordo com as últimas evidências científicas);
- Não adesão a escalas validadas (escala CAM-ICU) de forma sistematizada;
- Desconhecimento das escalas de *Delirium*;
- Ausência de campos para documentação da monitorização do *Delirium*.

CAMINHO NO FUTURO PARA A MEHORIA CONTÍNUA

Questões para debate

- Porque se encontra desatualizado o protocolo do *Delirium* e de que forma essa desatualização pode comprometer a identificação e gestão do mesmo e, consequentemente, o *outcome* da PSC?
- Que estratégias podem ser adotadas para garantir a aplicação sistemática da escala CAM-ICU na UCI?
- Que estratégias podem ser adotadas para assegurar registos e documentação de qualidade das avaliações do *Delirium*?

SUGESTÕES DE MELHORIA

- Revisão do protocolo institucional, promovendo envolvimento multidisciplinar;
- Participação ativa dos enfermeiros (agentes de mudança) na revisão e implementação do mesmo;
- Promoção de Formação em Serviço (Capacitação dos enfermeiros para a avaliação, monitorização e registo do *Delirium*) através de modalidades pedagógicas baseadas em sessões teóricas e de simulação clínica, em pequenos grupos;
- Integração obrigatória da escala CAM-ICU na avaliação diária dos doentes;
- Garantir o registo de enfermagem através da criação de instrumentos facilitadores (checklists, lembretes visuais, integração no registo clínico);
- Monitorização de qualidade - auditorias periódicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O *Delirium* é uma situação emergente e uma realidade preocupante e não recente, associado a repercussões para a PSC e sua família a curto e longo prazo.
- É uma condição multifatorial, muitas vezes subvalorizada e negligenciada pelos profissionais de saúde.
- É emergente repensar a prática clínica. É necessário ter atenção à identificação precoce de fatores de risco para o desenvolvimento de *Delirium* e aplicar estratégias precocemente para intervir e diminuir os riscos para a PSC.
- A utilização de escalas validadas de avaliação e monitorização de *Delirium* de forma sistemática e o seu registo no processo, contribuirá para promoção da padronização dos cuidados, realização de um diagnóstico precoce e para uma gestão eficaz. Esta padronização irá traduzir-se na melhoria da segurança e *outcomes* da PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rebelo CC, Oliveira H, Rocha MC. Abordagem do Delirium na Comunidade: An Overview of Delirium in the Community Setting. *Gaz Med* [Internet]. 2021 [citado 2025 junho 2]; 8(4):263-273. DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.v8i4.482>
2. Esteves NE, Lopes HJ, Vieira AS, Cardoso PA, Soares-Pinto IE, Silva CR. Avaliação e Intervenção do Enfermeiro na Gestão do Delirium em Cuidados Intensivos: Estudo Quantitativo. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 2]; Série VI (4):1-8. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832025000100202
3. Rocha CC, Portela PP, Santana TS, Gois JA, Oliveira SS. Cuidado ao paciente com delirium na unidade de terapia intensiva: o olhar do enfermeiro. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2021 [citado 2025 jun 2]; 10: 1-9. DOI: [10.26694/reufpi.v10i1.809](https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.809).
4. Tavares JP, Fernandes AF, Marques MC. Doente crítico com delirium na Unidade de Cuidados Intensivos: revisão sistemática da literatura. *RIASE Rev Iber Am Saúde Envelhec* [Internet]. 2023 [citado 2025 jun 2]; 9(2):137-158. DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(2\).596.137-158](https://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(2).596.137-158)
5. Oliveira C, Nobre CF, Marques RM, Mendes MM, Sousa PC. O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *Rev Cuid* [Internet]. 2022 [citado 2025 jun 3]; 13(2):1-16. DOI: [http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1983](https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1983)
6. Marsh J, Alexander E. Update on the prevention and treatment of intensive care unit delirium. *AACN Adv Crit Care* [Internet]. 2021 [citado 2025 jun 3]; 32(1):5-10. DOI: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2021494>
7. Sena TL, Massote BB, Cótica LF, Carvalho LA, Cunha TM. Delirium: uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, etiologia, fatores de risco, diagnóstico, estratégias de prevenção e manejo. *Braz J Health Ver* [Internet]. 2024 [citado 2025 jun 3]; 7(4): e71698. DOI: [10.34119/bjhrv7n4-195](https://doi.org/10.34119/bjhrv7n4-195)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Rapozero JF, Oliveira EC, Obeid M, Ribeiro LO, Rocini ER. Delirium em unidade de terapia intensiva: uma revisão abrangente. *Braz J Health Ver* [Internet]. 2024 [citado 2025 junho 3]; 7(5):1-11. DOI: [10.34119/bjhrv7n5-045](https://doi.org/10.34119/bjhrv7n5-045)
9. Barjud AC, Davila VC, Silva AH, Santos CF, Walter GS, Vinha GH, Walter JS, Pires LG, Souza F. Fisiopatologia e conduta terapêutica do delirium: uma revisão bibliográfica. *RECIMA21* [Internet]. 2024 [citado 2025 jun 4]; 5(5):1-13. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v5i5.5261>
10. Papadopoulos A, Cowan SL, Preller J, Goudie RJ. Validation of PREdiction of DELIRium in ICU patients (PRE-DELIRIC) model for ICU delirium in general ICU and patients with liver disease: a retrospective cohort study. *J Intensive Care* [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 4]; 13:1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40560-025-00800-3>
11. Contreras CC, Páez-Esteban AN, Rincon-Romero MK, Rivera Carvajal R, Márquez Herrera M, Díaz del Castillo AH. Nursing intervention to prevent delirium in critically ill adults. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [citado 2025 jun 4]; 55: 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019035003685>
12. Duran ML, Silva TM, Lima LV, Lozano TS, Dias RB, Bento VF. Delirium em Unidade de Terapia Intensiva, escala CAM ICU e assistência de enfermagem: análise reflexiva. *Braz J Dev* [Internet]. 2023 [citado 2025 jun 5]; 9(11):30345-30356. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n11-067>
13. Dayton K, Hudson M, Lindroth H. Stopping delirium using the Awake-and-Walking Intensive Care Unit approach: true mastery of critical thinking and the ABCDEF bundle. *AACN Adv Crit Care* [Internet]. 2023 [citado 2025 jun 5]; 34(4):359-366. DOI: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2023159>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

14. Fernandes FE, Fernandes OF, Abreu I, Canas-Simião H, Franco FV. Intervenções não farmacológicas dos enfermeiros à pessoa com delirium internada em cuidados intensivos – uma atualização. *RIIS Rev Investig Inov Saúde* [Internet]. 2024 [citado 2025 jun 6]; 7(2):1-10. DOI: <https://doi.org/10.37914/riis.v7i2.334>
15. Vitorino ML, Henriques A, Melo G, Henriques HR. The effectiveness of family participation interventions for the prevention of delirium in intensive care units: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 6]; 89:1-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.103976>

OBRIGADA

APRESENTAÇÃO SOBRE A
PREVENÇÃO E GESTÃO DO
DELIRIUM NA UCI

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



TATIANA TEIXEIRA

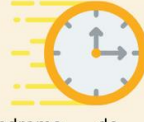
Apêndice V – Póster “Prevenção e Gestão do *Delirium* no Serviço de Medicina Intensiva”

DELIRIUM NO SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA (SMI)

DEFINIÇÃO DE DELIRIUM^{1,2,3,4}



Disfunção cerebral caracterizada por alterações cognitivas, que envolvem a memória, percepção, consciência e atenção.



Síndrome de início súbito e forma transitória e flutuante. É reversível, mas está associado a elevada mortalidade e morbilidade.

CLASSIFICAÇÃO DO DELIRIUM^{1,4,5,6}

- **Hipoativo:** sonolência, letargia, prostração, lentificação psicomotora;
- **Hiperativo:** Inquietação e agitação psicomotora, confusão mental e, em alguns casos, por alucinações;
- **Misto:** Alternância entre os dois níveis (Hipo/Hiperativo)

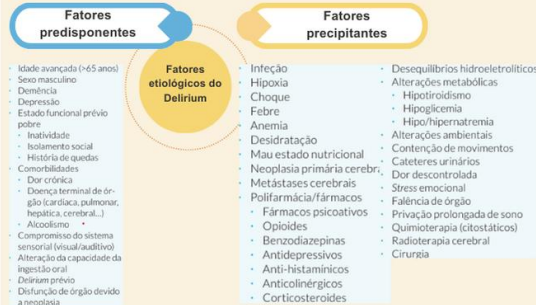
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)^{2,3,7}

A incidência do Delirium na PSC pode atingir

80%

O Delirium tem importantes implicações para as instituições de saúde, bem como nos outcomes da PSC. A subvalorização e subdiagnóstico resultam em implicações graves.

ETIOLOGIA DO DELIRIUM^{1,4,8}



AValiação e monitorização do Delirium na UCI^{4,9}

A monitorização do Delirium na UCI deve ser realizada através da utilização de escalas válidas e de alta sensibilidade.

CAM-ICU
(Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)

Atendendo à complexidade do Delirium, a abordagem deve ser **MULTIDISCIPLINAR**.²



INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO DELIRIUM²

PREVENÇÃO

DETEÇÃO E TRIAGEM

TRATAMENTO E MONITORIZAÇÃO

REGISTOS E DOCUMENTAÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E GESTÃO DO DELIRIUM^{1,2,3,5,10,11}



AMBIENTE E SONO

- Abertura/ encerramento das persianas;
- Permitir próteses auditivas e visuais (em situações de acuidade visual e auditiva comprometida);
- Promover um ambiente harmonioso: relação de empatia e proximidade com os enfermeiros, permitir objetos familiares, reduzir volume dos alarmes dos equipamentos (monitor, seringas e telefones);
- Promover musicoterapia, em tom baixo, ritmo lento e repetitivos;
- Aromaterapia.



CICLO SONO/VIGILIA

- Massagens relaxantes;
- Posicionamento adequado e confortável;
- Luminosidade adequada ao ciclo circadiano;
- Evitar intervenções, procedimentos e ruídos noturnos;
- Ponderar indutores do sono, em caso de necessidade;
- Evitar que a pessoa durma durante o dia;
- Disponibilizar tampões para os ouvidos, se necessário



TERAPIA PRECOCE

- Nutrição e hidratação adequadas;
- Oxigenação adequada;
- Prevenir hipo/hipertermia e hipo/hiperglicémia.
- Mobilização precoce e reabilitação (fisioterapia);
- Remover dispositivos desnecessários;
- Minimizar o uso de fármacos sedativos, nomeadamente benzodiazepinas;
- Controlo adequado da dor;
- Monitorizar eliminação vesical e prevenir obstipação precocemente.



AValiação cognitiva e orientação

- Orientação sobre local/data/hora, identificação do profissional de saúde, motivo de internamento, procedimentos;
- Explicação de sons (bombas infusoras, monitores, ventiladores);
- Promover visitas da família e o seu envolvimento nos cuidados;
- Mensagens de áudio, leitura e entretenimento;
- Assegurar existência de relógios na UCI;
- Comunicação empática com linguagem adequada;
- Minimizar medidas de contenção físicas.



Referências Bibliográficas do Póster

“*Delirium* na Unidade de Cuidados Intensivos”

1. Rebelo CC, Oliveira H, Rocha MC. Abordagem do Delirium na Comunidade: An Overview of Delirium in the Community Setting. *Gaz Med* [Internet]. 2021 [citado 2025 junho 2]; 8(4):263-273. DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.v8i4.482>
2. Esteves NE, Lopes HJ, Vieira AS, Cardoso PA, Soares-Pinto IE, Silva CR. Avaliação e Intervenção do Enfermeiro na Gestão do Delirium em Cuidados Intensivos: Estudo Quantitativo. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2025 [citado 2025 junho 2]; Série VI (4):1-8. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832025000100202
3. Rocha CC, Portela PP, Santana TS, Gois JA, Oliveira SS. Cuidado ao paciente com delirium na unidade de terapia intensiva: o olhar do enfermeiro. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2021 [citado 2025 junho 2]; 10: 1-9. DOI: [10.26694/reufpi.v10i1.809](https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.809)
4. Tavares JP, Fernandes AF, Marques MC. Doente crítico com delirium na Unidade de Cuidados Intensivos: revisão sistemática da literatura. *RIASE Rev Iber Am Saúde Envelhec* [Internet]. 2023 [citado 2025 junho 2]; 9(2):137-158. DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(2\).596.137-158](https://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(2).596.137-158)
5. Oliveira C, Nobre CF, Marques RM, Mendes MM, Sousa PC. O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *Rev Cuid* [Internet]. 2022 [citado 2025 junho 3]; 13(2):1-16. DOI: [http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1983](https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1983)
6. Marsh J, Alexander E. Update on the prevention and treatment of intensive care unit delirium. *AACN Adv Crit Care* [Internet]. 2021 [citado 2025 junho 3]; 32(1):5-10. Doi: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2021494>
7. Sena TL, Massote BB, Cótica LF, Carvalho LA, Cunha TM. Delirium: uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, etiologia, fatores de risco, diagnóstico, estratégias de prevenção e manejo. *Braz J Health Ver* [Internet]. 2024 [citado 2025 junho 3]; 7(4): e71698. DOI: [10.34119/bjhrv7n4-195](https://doi.org/10.34119/bjhrv7n4-195)

8. Rapozero JF, Oliveira EC, Obeid M, Ribeiro LO, Rocini ER. Delirium em unidade de terapia intensiva: uma revisão abrangente. *Braz J Health Ver* [Internet]. 2024 [citado 2025 junho 3]; 7(5):1-11. DOI: [10.34119/bjhrv7n5-045](https://doi.org/10.34119/bjhrv7n5-045)
9. Duran ML, Silva TM, Lima LV, Lozano TS, Dias RB, Bento VF. Delirium em Unidade de Terapia Intensiva, escala CAM ICU e assistência de enfermagem: análise reflexiva. *Braz J Dev* [Internet]. 2023 [citado 2025 junho 4]; 9(11):30345-30356. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n11-067>
10. Fernandes FE, Fernandes OF, Abreu I, Canas-Simião H, Franco FV. Intervenções não farmacológicas dos enfermeiros à pessoa com delirium internada em cuidados intensivos – uma atualização. *RIIS Rev Investig Inov Saúde* [Internet]. 2024 [citado 2025 junho 4]; 7(2):1-10. DOI: <https://doi.org/10.37914/riis.v7i2.334>
11. Vitorino ML, Henriques A, Melo G, Henriques HR. The effectiveness of family participation interventions for the prevention of delirium in intensive care units: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2025 [citado 2025 junho 5]; 89:1-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.103976>

Apêndice W – Ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs* realizado no Serviço de Urgência Geral



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA

2.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I

Estágio no Serviço de Urgência Geral

CICLO REFLEXIVO DE APRENDIZAGEM DE GIBBS

Discente:

Tatiana Teixeira, nº9226

Docente Orientador:

Prof. Dr. Paulo Santos

ANO LETIVO 2024/2025

I. Ciclo Reflexivo de Aprendizagem de *Gibbs*

I.1. Descrição da Situação

Durante o meu estágio no Serviço de Urgência Geral experienciei várias situações de cuidados emergentes. Contudo, houve uma situação particularmente complexa que me fez refletir sobre os cuidados prestados.

Um senhor de 49 anos de idade, trazido pelos bombeiros voluntários, foi admitido na sala de reanimação às 22h50 por quadro de perda de força e sensibilidade de ambos os membros inferiores. Iniciou queixas álgicas no membro inferior direito às 16h00 que evoluíram para perda de força e sensibilidade às 22h00, momento em que contacta o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) a solicitar assistência médica. Durante o transporte apresenta também défice neurológico agudo no membro inferior esquerdo com perda de sensibilidade progressiva e incontinência de esfíncter urinário. Doente com história de consumos regulares toxifílicos. Desconhecem-se antecedentes de saúde, alergias ou terapêutica habitual.

À entrada na sala de reanimação, encontrava-se obnubilado com pupilas midríaticas simétricas, respondendo apenas a questões simples. Estava visivelmente emagrecido, com caquexia marcada e evidentes sinais de desidratação e más condições de higiene. Apresentava palidez cutânea, cianose periférica e extremidades frias e mal perfundidas.

A equipa de enfermagem, constituída por mim e pela minha Supervisora Clínica (SC), atuou de imediato e monitorizou electrocardiograficamente o doente, avaliando os sinais vitais. Estava hipotenso (tensão arterial imensurável), ligeiramente taquicárdico (frequência cardíaca na ordem dos 115 bpm); polipneico com máscara de alto débito a 15 L/min com visíveis sinais de dificuldade respiratória (SpO2 imensurável) e hipotérmico com temperatura de 34°C. Procedi de forma autónoma à implementação de medidas de aquecimento corporal com recurso a manta aquecedora, procurando garantir em simultâneo uma comunicação empática, apoio emocional e uma relação de confiança com o doente.

A equipa médica, constituída por quatro médicos, na primeira abordagem ao doente assumiram que o quadro clínico estava relacionado com os consumos tóxicos, não valorizando inicialmente as suas queixas. Questionaram repetidamente se o doente tinha consumido drogas durante o dia. Embora pouco comunicativo e com um discurso lentificado, este negou ter consumido substâncias ilícitas, referindo apenas ingestão de bebidas alcoólicas.

Este doente apresentava sinais de má perfusão periférica e, apesar das dificuldades sentidas, puncionei dois cateteres venosos periféricos, mas não consegui concretizar a colheita de sangue para análise. prontamente preparei e administrei duas fórmulas de Nalaxona EV e uma fórmula de Flumazenilo IM por indicação médica, não se verificando alterações significativas no estado de consciência do doente. Atendendo ao perfil hipotensivo, rapidamente administrei fluidoterapia e uma perfusão de noradrenalina (10 mg/50cc) a 10 cc/h por via periférica.

Verificou-se um atraso significativo na colheita de sangue. Enquanto os sinais de choque do doente se agravavam, a equipa médica tentou durante 1 hora inserir um cateter venoso central e obter sangue para exames laboratoriais e gasimetria arterial (elevação de lactatos -14,9). O tempo dedicado a esta intervenção protelou, de forma inconsciente, a avaliação dos pulsos periféricos. Os pulsos pediosos foram avaliados após cerca de 45 minutos após a entrada do doente na sala de reanimação, encontrando-se ausentes nesse momento.

O estado clínico do doente agravou-se progressivamente, verificando-se uma deterioração significativa do seu nível de consciência, decidindo-se avançar para proteção da via aérea com entubação orotraqueal (EOT) adaptado a ventilação mecânica invasiva com VC 400 ml, PEEP 5, FiO2 50%. Participei ativamente neste procedimento, auxiliando a equipa médica na organização do material de via aérea e na preparação e administração de fármacos para sedoanalgesia (Quetamina 100 mg, Etomidato 20 mg e Rocurónio 50 mg). Posteriormente, preparei e administrei uma perfusão de quetamina (500 mg/50 cc) a 2 cc/h.

Doente foi observado pela cardiologia e realizou ecocardiografia sumária onde se visualizou aparente trombo na aorta. Imediatamente, o doente foi acompanhado à sala de imagiologia para realizar uma angiotomografia computadorizada (angio-TC) que

diagnosticou oclusão do segmento infra-renal da aorta abdominal e artérias ilíacas (Síndrome de *Leriche*). Constatou-se também a presença de perfuração do bulbo duodenal, pneumoperitонеu de grande volume e derrame peritoneal abundante no espaço abdominopélvico.

Perante a gravidade do diagnóstico e dada a ausência da especialidade de cirurgia vascular no hospital, houve a necessidade de contactar outra unidade hospitalar para discussão do caso clínico, que deu indicação para administração de 5000 UI de heparina não fracionada. De seguida, procedeu-se a um pedido de transporte extra-hospitalar emergente com acompanhamento médico e de enfermagem. O doente foi transferido de imediato para o bloco operatório de outro hospital para uma intervenção cirúrgica vascular emergente.

I.2. Sentimentos

Face à situação descrita, consegui experienciar um misto de pensamentos e sentimentos. Inicialmente, senti-me apreensiva ao perceber que a equipa médica estava demasiado focada nos antecedentes do doente, desvalorizando evidentes sinais e sintomas.

Por outro lado, senti-me ansiosa e preocupada ao perceber que o estado clínico do doente se agravava à medida que se tentava obter sangue para análises clínicas e inserir um cateter venoso central ao doente. Embora enfermeira, naquela situação apresentava-me como aluna da especialidade, não querendo intervir de forma inconveniente. Contudo, percebi que o doente estava instável e que o tempo era decisivo, sentindo-me impotente por não conseguir verbalizar que a colheita de sangue naquele momento não era a prioridade. A prioridade seria identificar um diagnóstico para uma intervenção adequada à situação.

A ausência dos pulsos pediosos foi um sinal clínico importante que deveria ter sido diagnosticado mais precocemente. Senti-me frustrada e desmotivada, pois embora a equipa médica não o tivesse avaliado inicialmente, eu poderia ter verificado esse sinal de alerta mais atempadamente. Esse sinal clínico associado à instabilidade do doente indicaria uma complicação vascular grave, pelo que fiquei ainda mais apreensiva.

A confirmação do diagnóstico motivou sensações diferentes. Senti-me mais aliviada por compreender o fator desencadeante da instabilidade do doente, sendo possível orientá-lo para a especialidade correta. Em contrapartida, experienciei uma sensação de angústia e incerteza sobre o prognóstico do doente.

Concomitantemente, senti que poderia ter uma intervenção ativa e mostrei-me tranquila, calma e disponível para apoiar a equipa no que fosse necessário, pois o foco era o bem-estar do doente. Senti que a equipa médica me envolveu em todos os procedimentos, intervindo em equipa multidisciplinar. Por acréscimo, o facto da minha SC me integrar na equipa como um elemento do serviço, apresentar-me como uma enfermeira com experiência e demonstrar total confiança na minha atuação proporcionou-me também um sentimento de enorme orgulho e satisfação com a minha prática clínica.

I.3. Avaliação

Considero que esta experiência teve pontos positivos e pontos negativos. Como aspetos positivos reconheço o esforço e proatividade da equipa multidisciplinar na monitorização e estabilização do doente. Concomitantemente, observou-se elevada competência e proficiência na realização de procedimentos complexos, sendo a administração de fármacos e a entubação orotraqueal concretizadas de forma eficiente e em equipa. Por outro lado, após confirmação do diagnóstico, foram realizados todos os esforços para assegurar rapidez e organização no transporte extra-hospitalar do doente crítico para a especialidade de cirurgia vascular. Outro fator favorável foi a comunicação e apoio emocional fornecido pela equipa de enfermagem enquanto o doente esteve consciente.

Em contrapartida, reconheço que houve aspetos negativos que podem ter atrasado o diagnóstico e um tratamento adequado. Situações como a descrita são consideradas complexas e críticas, necessitando de uma intervenção precoce da equipa para otimizar os melhores resultados para o doente. Assim, identifico como aspeto negativo a valorização excessiva do historial de consumos tóxicos do doente em detrimento dos seus sinais e sintomas. Por outro lado, o tempo prolongado em tentativas sem sucesso de colheita de sangue e inserção de um cateter venoso central pode ter comprometido outras intervenções terapêuticas e atrasado a realização de exames de imagem complementares.

Outro aspeto negativo foi a avaliação tardia dos pulsos pediosos que evidenciaram um sinal de alarme importante para o diagnóstico. Por último, a realização tardia de exames complementares apenas após observação pela cardiologia pode ter comprometido o prognóstico do doente, sendo uma rotura da artéria da aorta um diagnóstico emergente.

I.4. Análise

A análise do caso descrito permite refletir sobre a importância de uma abordagem sistematizada e estruturada na avaliação da pessoa em situação crítica na sala de reanimação e, isenta de preconceitos que podem comprometer os cuidados prestados. O foco centrado em fatores pré-existentes de história de toxicodependência do doente comprometeu, numa fase inicial, uma avaliação sistematizada e desencadeou um atraso considerável do diagnóstico correto. Apesar da sua relevância, os antecedentes toxifílicos não devem sobrepor-se a uma avaliação baseada nas queixas, sinais e sintomas evidenciados pelo doente.

Esta situação enfatiza para a importância de seguir uma abordagem segundo a metodologia *airway, breathing, circulation, disability, exposure* (ABCDE) na avaliação de qualquer doente que apresente sinais de instabilidade. Estes doentes devem ser avaliados segundo uma filosofia de “reconhecer e tratar” para assegurar *outcomes* mais favoráveis.¹

O doente com sinais de choque é considerado um desafio clínico na sala de reanimação, representando uma situação com potencial risco de vida que requer uma intervenção imediata e precoce para a sua estabilização.¹ Este doente apresentava vários sinais de choque: alteração do estado de consciência, dispneia/taquipneia, instabilidade hemodinâmica (hipotensão e taquicardia), má perfusão periférica e elevação do lactato sérico.¹

Concomitantemente, observou-se um agravamento dos sinais de choque durante um tempo considerável em tentativas de colheitas de sangue e colocação de cateter venoso central, o que pode ter contribuído também para um atraso no diagnóstico e para uma intervenção adequada. Neste sentido, recomenda-se a estabilização do doente previamente à realização de técnicas consideradas não emergentes, como a colocação de

acessos centrais, podendo optar-se inicialmente pela administração de terapêutica vasopressora e inotrópica, por via periférica.¹

Por sua vez, a avaliação tardia dos pulsos pediosos atrasou a suspeita ou detecção precoce de um compromisso vascular, neste caso, oclusão do segmento infra-renal da aorta abdominal e artérias ilíacas (Síndrome de *Leriche*). Este diagnóstico está associado a elevada taxa de mortalidade pré e intra-hospitalar, sendo considerado uma condição cirúrgica emergente no serviço de urgência geral, que exige uma detecção precoce e tratamento imediato.² Contudo, sabe-se que a rotura da aorta abdominal pode ter uma apresentação clínica ampla, manifestando-se de várias formas e desencadeando um diagnóstico incorreto ou tardio.² O diagnóstico da síndrome de *Leriche*, uma manifestação específica da doença oclusiva aorto-ilíaca que compromete o fluxo sanguíneo nas artérias aorta e ilíacas, é um desafio caracterizado por envolver diversas apresentações clínicas que variam no grau de severidade.³ Os sintomas mais comuns são: claudicação intermitente, ausência de pulsos femorais e disfunção erétil em homens.³

Em ambiente de sala de reanimação é de extrema importância o recurso à ecografia à cabeceira.¹ Após observação pela cardiologia que realizou ecocardiografia foi possível visualizar um trombo na aorta, pelo que o doente foi encaminhado de imediato à imagiologia. Nestas situações, enfatiza-se a importância de métodos de imagem avançados como a angiotomografia computadorizada (angio-TC) que desempenham um papel determinante na avaliação da anatomia vascular e identificação de extensão das lesões.³

Também as Guidelines da *European Society for Vascular Surgery (ESVS)* reforçam a importância de uma avaliação precoce da perfusão periférica e a utilização imediata de tomografia computadorizada (TC) na suspeita de rotura da aorta.⁴

Dada a gravidade da situação, procedeu-se a uma transferência extra-hospitalar, com acompanhamento médico e de enfermagem, para o bloco operatório de outro hospital para uma intervenção cirúrgica vascular emergente. Nesta situação, destaca-se também a intervenção importante do enfermeiro na segurança do transporte do doente crítico. Através do conhecimento de intercorrências mais comuns e das dificuldades e riscos associados ao transporte, o enfermeiro tem a capacidade de prevenir e utilizar os recursos disponíveis para assegurar um transporte extra-hospitalar seguro.⁵ O reconhecimento de

sinais de instabilidade e uma intervenção precoce previne comorbilidades e mortalidade dos doentes críticos durante o transporte extra-hospitalar, sendo importante uma preparação adequada dos equipamentos, estabilização prévia do doente e uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.⁵

1.5. Conclusão

Após reflexão desta situação clínica, concluo sobre a importância de uma avaliação contínua e sistematizada em contextos de emergência. O atraso na deteção precoce de sinais de instabilidade e uma abordagem focada em fatores pré-existentes podem comprometer uma intervenção atempada e adequada dos profissionais de saúde, bem como a identificação do diagnóstico correto.

Esta experiência foi um momento de aprendizagem para o meu desenvolvimento profissional na gestão eficaz de situações críticas e complexas. Enquanto futura enfermeira especialista, permitiu-me consolidar competências extremamente importantes para a minha prática clínica, como a avaliação clínica assente na identificação precoce de sinais de deterioração clínica, monitorização contínua, pensamento crítico e tomada de decisão. Concomitantemente, a complexidade da situação enfatizou a importância de uma gestão de tempo adequada, trabalho em equipa e uma comunicação eficaz para uma abordagem rápida e eficiente em situações de emergência. Estas competências permitem garantir a melhoria contínua dos cuidados prestados e um ambiente seguro.

Todas as experiências vivenciadas devem ser consideradas valiosas oportunidades de aprendizagem e momentos de reflexão para identificação de necessidades formativas. Neste sentido, esta experiência permitiu reforçar a importância de uma aprendizagem contínua em enfermagem. Cada enfermeiro deve ser responsável pela sua formação contínua, premissa reconhecida como um pilar essencial para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

I.6. Planeamento de Ação

Perante uma situação semelhante no futuro, pretendo ser capaz de intervir de forma mais assertiva com a equipa médica sensibilizando para a importância de uma avaliação sistematizada do doente. Incentivaria uma abordagem onde se priorizasse as queixas clínicas e sinais e sintomas do doente, sem juízos de valor ou preconceitos. Irei procurar de forma educada e pertinente comunicar de forma eficaz e sugerir alternativas quando perceber que uma intervenção não está a ter sucesso, ou seja, perante a dificuldade na colheita de sangue incentivaria a priorização de exames complementares de diagnóstico para despistar problemas emergentes. Por outro lado, pretendo reforçar a importância de uma avaliação precoce dos pulsos periféricos. Estarei mais atenta e caso entenda que essa avaliação não tenha sido realizada, irei alertar a equipa para a importância de o fazer.

Relativamente à monitorização do doente e realização de procedimentos técnicos, teria exatamente a mesma atitude e proatividade, pois considero que mostrei estar interessada e motivada para participar ativamente na gestão eficaz da situação, realizando todos os procedimentos de forma competente e eficiente. Contudo, reconheço que a minha prestação pode e deve ser sempre melhorada, pelo que continuarei a aprofundar os meus conhecimentos e as minhas competências técnicas e não técnicas na abordagem ao doente crítico.

Outro aspeto pertinente e fundamental para realizar no futuro em qualquer situação crítica ou emergente será o *debriefing* ou reflexão para melhorar a minha prática e contribuir para uma abordagem de cuidado cada vez mais eficiente.

II. Referências Bibliográficas

1. Dantas J, Vaz R, Morais R, Verdasca I. Revisão Narrativa sobre Choque na Sala de Emergência. *Acta Med Port* [Internet]. 2021 [citado 2025 jan 4]; 34(6):451-459. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.11704>
2. Bergmark P, Sadeghi M, Talvitie M, Hultgren R. Initial signs in patients with ruptured abdominal aortic aneurysms: time for an expanded triad? *Scand J Trauma*

Resusc Emerg Med [Internet]. 2024 [citado 2025 jan 4]; 32(1):1-8. DOI: [10.1186/s13049-024-01268-0](https://doi.org/10.1186/s13049-024-01268-0).

3. Araújo MP, Preto VM, Ramos LF, Diniz RL, Ribeiro MA. Síndrome de Leriche: relato de caso. Aspectos clínicos e de imagem em paciente com doença oclusiva aorto-iliaca crônica. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2024 [citado 2025 jan 4]; 7(9):01-12. DOI: [10.34119/bjhrv7n9-429](https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-429).
4. Wanhainen A, Herzeele IV, Goncalves FB, Montoya SB, Berard X, Boyle JR, et al. 2024 European Society for Vascular Surgery (ESVS) Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-Iliac Artery Aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* [Internet]. 2024 [citado 2025 jan 4]; 67 (2):192-331. DOI: [10.1016/j.ejvs.2023.11.002](https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2023.11.002)
5. Cordeiro MF, Cunha DJ. Specialized care in the transportation of critical patients in extra-hospital settings. *Braz J Surg Clin Res* [Internet]. 2024 [citado 2025 jan 4]; 48(2):60-65. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20241003_103514.pdf

Apêndice X – Ciclo reflexivo de aprendizagem de *Gibbs* realizado na Viatura Médica de Emergência e Reanimação



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE CRUZ VERMELHA PORTUGUESA LISBOA

2.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II

Estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

CICLO REFLEXIVO DE APRENDIZAGEM DE GIBBS

Discente:

Tatiana Teixeira, nº9226

Docente Orientador:

Prof. Dr. Paulo Santos

ANO LETIVO 2024/2025

I. Ciclo Reflexivo de Aprendizagem de *Gibbs*

I.1. Descrição da Situação

Durante o meu estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) pude experienciar diversas situações críticas que exigiram cuidados emergentes. Contudo, nesta reflexão, irei descrever uma situação real que considero particularmente relevante para o contexto da especialidade de enfermagem em doente crítico.

No meu primeiro turno na VMER, fomos ativados às 09h37 para uma alegada alteração do estado de consciência. Tratava-se de um masculino de 65 anos com antecedentes pessoais de arritmia e hipertensão arterial. À chegada ao local, às 09h41, a vítima encontrava-se na cozinha do seu domicílio em Paragem Cardiorrespiratória (PCR), com um bombeiro a realizar manobras de Suporte Básico de Vida (SBV). De acordo com os dados fornecidos pelos dois familiares presentes, a vítima havia referido sintomas de pirose enquanto se alimentava ao pequeno-almoço, seguida de episódio de síncope com incontinência de esfíncter urinário e posterior PCR presenciada às 09h33. Um dos familiares iniciou de imediato manobras de SBV, sendo substituído aquando da chegada dos bombeiros às 09h39.

O espaço físico onde se encontrava a vítima era reduzido, pelo que solicitámos aos familiares para aguardar noutra divisória da casa, reforçando a necessidade de intervir de forma célere para o sucesso da reanimação. Embora extremamente nervosos, os familiares compreenderam e respeitaram imediatamente o nosso pedido.

A equipa da VMER era constituída por um médico, um enfermeiro e por mim. Perante a situação experienciada rapidamente se realizou a distribuição de papéis e funções para cada elemento da VMER, bem como para os bombeiros presentes. Iniciámos o Suporte Avançado de Vida (SAV) às 09h42. Através da monitorização com elétrodos multifunções avaliámos o ritmo de PCR. Identificou-se como ritmo inicial uma Fibrilhação Ventricular (FV) fina, gerando alguma hesitação no médico. De forma educada e assertiva, alertei para a necessidade de desfibrilhação precoce e segura, sendo de imediato administrado o primeiro choque.

A vítima manteve-se sempre em FV, até o retorno da circulação espontânea (ROSC) às 10h03. A capnografia manteve-se elevada e consistente ao longo do SAV, sugerindo qualidade das compressões e ventilações. No total foram administrados 8 choques e diversos fármacos endovenosos: quatro adrenalinas de 1 mg, 300 mg de amiodarona, 150 mg de amiodarona, duas ampolas de gluconato de cálcio, uma ampola de sulfato de magnésio e 500 ml de soro fisiológico 0.9%. Por suspeita de síndrome coronário agudo administraram-se, após o 7º choque, 5000 U de Heparina EV.

A equipa da VMER foi recetiva, afável e acolhedora, contribuindo para a minha integração nas dinâmicas da equipa. Referiram conhecer as minhas competências em contexto hospitalar na sala de reanimação, pelo que me incentivaram a intervir ativamente como um membro efetivo da equipa. Ressalvaram a importância do trabalho em equipa e da valorização das competências individuais de cada membro, sendo o objetivo comum a prestação de cuidados de excelência à vítima. Deste modo, puncionei um cateter venoso periférico, preparei e administrei alguns fármacos e, ainda, realizei compressões torácicas, alternadas com um bombeiro. Após o quarto choque, colocámos o dispositivo de compressão torácica “LUCAS”, ficando disponível para realizar outras intervenções. Auxiliei o médico na colocação de uma via aérea avançada e assegurei a realização de ventilações contínuas com insuflador manual, enquanto o médico realizava o contacto telefónico com o CODU para encaminhamento da vítima.

Após o ROSC, a vítima encontrava-se hipotensa, pelo que administrei uma perfusão de noradrenalina. De seguida, realizámos um eletrocardiograma (ECG) que revelou Infradesnivelamento no Segmento ST. Nesse momento, a nossa prioridade foi realizar a extração da vítima do domicílio e transferência segura para a ambulância. Esta residia num terceiro andar sem elevador, pelo que houve necessidade de pedir recursos humanos adicionais à corporação de bombeiros. De seguida, foram fornecidas e esclarecidas informações aos familiares e disponibilizado apoio emocional.

O médico da VMER tentou encaminhar a vítima para um serviço de hemodinâmica, sendo essa solicitação recusada. Nesse sentido, foi realizado um transporte às 10h30, por mim e pelo médico, para um serviço de urgência de um hospital sem essa valência física. À chegada à sala de reanimação, realizei a transferência de informação à equipa de enfermagem segundo a metodologia ISBAR. Nesse momento, foi realizado um ECG que revelou presença de Supradesnivelamento no segmento ST, com

necessidade de angiografia coronária emergente. Após observação pela cardiologia, procedeu-se à transferência para um hospital com serviço de hemodinâmica. No final, a equipa realizou um pequeno *debriefing*, onde refletimos acerca das nossas intervenções e possíveis aspetos a melhorar em situações futuras.

I.2. Sentimentos

Face à situação descrita, foram vários os sentimentos, emoções e pensamentos experienciados. Nesse dia, encontrava-se particularmente motivada e interessada em iniciar um novo estágio. Experienciar o pré-hospitalar era algo que pretendia há algum tempo, por ser um contexto diferente e por reconhecer o desafio que este contexto representa para os profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico. Sentia-me entusiasmada e desejosa de vivenciar novas experiências e aprendizagens. Considerava que esta experiência seria, sem dúvida, desafiante para mim, pois iria sair da minha zona de conforto.

Por reconhecer e respeitar a responsabilidade da VMER na prestação de cuidados à população, no momento da ativação, senti-me nervosa por ser a minha primeira saída. Por outro lado, senti-me apreensiva e ansiosa pelo desconhecimento da situação. As informações fornecidas eram parcas, ou seja, tínhamos apenas informação de uma alegada alteração do estado de consciência, desconhecendo na realidade o estado da vítima e as condições em que iríamos prestar cuidados.

À chegada ao local, quando percebi que a vítima se encontrava em PCR, as emoções e sentimentos foram contraditórios. Por um lado, senti-me um pouco angustiada, inquieta e preocupada ao compreender a gravidade da situação e receosa de não conseguir corresponder às expectativas e exigências da equipa e da situação e, ainda, comprometer os cuidados prestados. Por outro lado, apesar da severidade da situação, reconheço que me senti motivada e satisfeita pela oportunidade de experienciar uma situação crítica e complexa no meu primeiro turno de estágio, pois são estas experiências que nos fazem crescer pessoal e profissionalmente.

A atitude da VMER ao encorajar-me a intervir ativamente na situação presenciada e verbalizar que conhecia o meu trabalho enquanto enfermeira do serviço de urgência,

fez-me sentir valorizada e reconhecida, aumentando a minha confiança e motivação. Nesse momento, consegui colocar o meu nervosismo de parte e intervir de forma serena, calma e tranquila. Senti-me confiante para demonstrar e aplicar os meus conhecimentos e competências do intra-hospitalar, num ambiente menos controlado. Senti-me apoiada pela equipa em cada minuto, sabendo que qualquer dúvida seria esclarecida apesar da pressão da situação vivenciada. Não tive receio de julgamento, de partilhar as minhas opiniões ou sugestões, pois a equipa mostrou-se sempre disponível e recetiva, respeitando todas as minhas intervenções. Senti-me realmente integrada na equipa, como um membro efetivo.

Um outro aspeto importante que me comoveu, foi a capacidade deste familiar iniciar de imediato as manobras de SBV. Nós, profissionais de saúde, sabemos que toda a população deveria estar capacitada para o fazer, mas na maioria das vezes isso não acontece. Confesso que senti um enorme respeito por este familiar ao tentar por tudo salvar a vida de alguém que lhe é tão próximo, o que sabemos que nem sempre é fácil, dado o choque inicial, angústia e nervosismo que esta situação desencadeia. Isto fez-me refletir sobre a verdadeira importância de educar e formar a nossa população em SBV e Desfibrilhação Automática Externa (DAE). Quando a vítima foi transferida para o hospital, os familiares agradeceram e elogiaram a nossa intervenção e prontidão, o que me fez sentir orgulhosa da minha prática clínica.

Um aspeto que me causou frustração foi a recusa do serviço de hemodinâmica, ainda no pré-hospitalar, pois nestas situações sempre ouvimos dizer que o tempo é vida. Tratando-se de uma PCR sempre em FV com necessidade de 8 choques e com reversão para ROSC após administração de heparina, a equipa da VMER sempre considerou que a causa mais provável desta PCR seria um síndrome coronário agudo, que efetivamente se veio a confirmar no serviço de urgência geral.

I.3. Avaliação

A situação descrita apesar de complexa, crítica e extremamente desafiante, na globalidade foi muito positiva. Um aspeto indiscutível que permitiu a minha integração de forma serena e segura foi a postura acolhedora, encorajadora e confiante da equipa da

VMER. Esta atitude contribuiu para a minha intervenção ativa, mobilizando e desenvolvendo conhecimentos e competências essenciais para a reanimação.

Reconheço como aspeto extremamente positivo, o início precoce de SBV por um dos familiares. Reduzir o tempo de *no flow* foi, sem dúvida, um fator determinante para o sucesso da nossa reanimação. Concomitantemente, a deslocação rápida da equipa da VMER até à vítima traduziu-se no início célere de manobras de SAV, com uma desfibrilhação precoce e segura. Outro ponto forte que caracterizou esta experiência foi a intervenção coesa e coordenada dos membros da VMER, bem como a colaboração e trabalho em equipa entre a VMER e os bombeiros. A distribuição precoce de papéis e funções e a comunicação eficaz entre todos os envolvidos, foram fatores essenciais para realizar todas as intervenções de forma organizada e com a máxima eficiência. Demonstrou-se elevada competência e proficiência na realização de todos os procedimentos complexos.

Outro aspeto favorável foi o esforço, proatividade e coordenação da equipa da VMER e bombeiros na estabilização, extração e transferência da vítima para a ambulância. Foram realizados todos os esforços para assegurar segurança e rapidez no processo, sendo o reforço de recursos humanos adicionais dos bombeiros cruciais nesse instante.

Outro aspeto que reconheço que deve ser valorizado é o apoio emocional aos familiares. É inevitável que a prioridade da VMER seja garantir os melhores cuidados para estabilizar a vítima, ficando esse apoio emocional, por vezes, para segundo plano. Considero positiva a atitude da VMER, após estabilização da vítima e imediatamente antes do transporte, informar os familiares da situação. Após o doente ser entregue na sala de reanimação e, nesse instante com mais serenidade, a equipa da VMER dirigiu-se aos familiares demonstrando o seu apoio e esclarecendo-os.

Um dos aspetos que considero negativo nesta experiência foi a decisão de recusa de encaminhamento diretamente para um serviço de hemodinâmica, apesar da causa de PCR mais provável ser de origem cardíaca. Todavia, importa ressaltar que esta decisão se encontra fora do nosso controlo, não sendo responsabilidade da VMER.

I.4. Análise

A PCR no contexto extra-hospitalar é uma das principais causas de mortalidade na Europa¹ e responsável por um número significativo de ativações dos meios de emergência a nível mundial.²

A análise do caso descrito permite refletir sobre a importância de determinados aspetos para uma gestão eficaz de PCR neste contexto desafiante. Esta experiência vem enfatizar a importância do reconhecimento da PCR, ativação dos meios de emergência médica extra-hospitalar e início precoce de manobras de SBV por circunstâncias, que se revelam fatores essenciais na cadeia de sobrevivência, até à chegada de equipas de emergência diferenciadas. De acordo com o ERC, a resposta a uma PCR com início imediato de manobras de SBV, assentes em compressões torácicas e ventilações, podem duplicar ou triplicar as hipóteses de sobrevivência da vítima.³ É consensual na literatura, a importância de SBV precoce, contudo apesar dos avanços, menos de 40% dos adultos recebem manobras de reanimação cardiopulmonar por leigos.⁴ Sabe-se que para cada minuto sem reanimação eficaz, a probabilidade de sobrevivência da vítima pode reduzir cerca de 10%.² Isto significa que, na ausência de manobras de SBV, a falência circulatória por um período superior a 3 a 5 minutos, poderá desencadear lesões cerebrais irreversíveis e a morte da vítima.¹ Nesta situação em particular, a intervenção precoce do familiar ao iniciar SBV foi fundamental para reduzir o tempo de *no flow* até à chegada da VMER, enfatizando a importância de uma população capacitada e treinada para intervir em situações emergentes.

Por outro lado, o *outcome* da PCR pode ser afetado pelo tempo decorrido entre a ativação dos meios de emergência médica extra-hospitalar até à sua chegada ao local, ou seja, a taxa de sobrevivência reduz com o aumento do tempo de resposta do meio de emergência.¹ Estes meios, neste caso a VMER, devem estar inseridos numa área geográfica que permita a deslocação até aos locais de ativação num período inferior a 10 minutos.¹ Nesta situação o tempo de resposta foi curto. A VMER chegou ao local em apenas quatro minutos, o que aliado à intervenção precoce do familiar, resultou numa janela temporal bastante favorável para o início de manobras de SAV com desfibrilhação precoce e, conseqüente, sucesso da reanimação.

Apesar do sucesso da reanimação estar maioritariamente associado ao desempenho de competências técnicas dos profissionais de saúde, evidencia-se cada vez mais a importância das competências não técnicas na gestão eficaz de PCR, que se traduzem em: trabalho de equipa, comunicação, liderança, tomada de decisão, avaliação da situação e gestão de tarefas.⁵ Nesse sentido, a intervenção organizada e coesa da VMER contribuiu certamente para o sucesso desta reanimação. Uma intervenção caracterizada por uma comunicação eficaz, trabalho em equipa, respeito mútuo com papéis e funções bem definidos, bem como pela excelência de competências técnicas, tais como desfibrilhação precoce, compressões e ventilações de qualidade, otimização de uma via aérea avançada e administração de fármacos.

1.5. Conclusão

Esta situação permitiu-me refletir sobre o desafio e o nível de exigência que caracteriza a intervenção da equipa da VMER no seu dia-a-dia. Exposta a contextos imprevisíveis e complexos, as equipas de emergência no contexto pré-hospitalar enfrentam diariamente desafios, limitações e condicionantes. Em cenários de PCR, o atraso no reconhecimento da mesma e na ativação dos meios de emergência médica extra-hospitalar, a ausência ou início tardio de SBV por circunstâncias e a utilização de DAE quando presentes, são condicionantes que influenciam negativamente o sucesso da reanimação e que se encontram fora do controlo dos meios de emergência médica. É necessário reconhecer os limites da intervenção no pré-hospitalar e assumir que nem sempre o que consideramos ideal ou clinicamente indicado para a vítima é exequível. A capacidade de adaptação e flexibilidade destas equipas é imprescindível. Apesar destas limitações, a VMER procura em cada momento assegurar uma intervenção de excelência e em tempo útil.

Esta experiência permitiu-me concluir sobre a importância do investimento da formação da população em SBV e DAE, fundamental na cadeia de sobrevivência e com impacto significativo no prognóstico da vítima. Concomitantemente, concluo sobre a importância da formação contínua dos profissionais de saúde, que aliada a protocolos definidos de SAV, é essencial para uma gestão eficaz de PCR no contexto pré-hospitalar.

Esta experiência foi, sem dúvida, uma valiosa oportunidade de aprendizagem e de reflexão, que contribuirá para o meu crescimento acadêmico, pessoal e profissional. Pude vivenciar ao lado de profissionais experientes a importância da adaptabilidade a contextos imprevisíveis. Na ausência dos recursos habituais dos contextos hospitalares, aprendi a valorizar ainda mais o pensamento crítico e capacidade de decisão, a gestão de prioridades, trabalho em equipa e gestão de recursos materiais e humanos limitados, essenciais para o sucesso da resolução de situações complexas do pré-hospitalar.

I.6. Planeamento de Ação

Face a situação apresentada considero que a minha atitude foi adequada, caracterizada por iniciativa, proatividade, tranquilidade e demonstração de conhecimentos e competências essenciais para uma gestão eficaz de PCR. Perante uma experiência semelhante no futuro, pretendo ser capaz de manter a calma e serenidade para intervir de forma precoce, segura e eficiente e mobilizar as minhas competências técnicas e não técnicas com elevada qualidade. Para tal, vou continuar a apostar na minha formação e na atualização de conhecimentos, assentes em evidência científica recente, para melhorar a minha prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Pretendo demonstrar a importância do investimento na formação contínua para a *performance* das equipas de emergência através da prática simulada de cenários de PCR. Após cada experiência, procurarei refletir sobre a minha intervenção para promover a melhoria contínua da prática clínica. Por outro lado, pretendo demonstrar a importância que uma população bem capacitada pode ter numa situação crítica, promovendo formações de sensibilização à população sobre SBV com recurso ao DAE.

II. Referências Bibliográficas

1. Mateus P, Martins M, Frutuoso A, Ferreira L, Martins M. Paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar: impacto do tempo de resposta dos meios de emergência. Gest Desenvol [Internet]. 2024 [citado 2025 mar 7]; 32:91-107. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2024.16116>

2. Cardoso L, Barros JP. Paragem cardiorrespiratória: um estudo de caso sobre uma resposta rápida e integrada. In: Barros JPM, Filipe CSM, editores. Enfermagem contemporânea: novos desafios, integração de cuidados e percurso assistencial [Internet]. Lisboa: [s.n.]; 2024 [citado 2025 mar 7]. p. 131-145. DOI:[10.37885/241017929](https://doi.org/10.37885/241017929)
3. Semeraro F, Greif R, Böttiger BW, Burkart R, Cimpoesu D, Georgiou M, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Systems saving lives. Resuscitation [Internet]. 2021 [citado 2025 mar 7]; 161:80-97. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2021.02.008](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.008)
4. American Heart Association (AHA). Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC [Internet]. Dallas (TX): American Heart Association; 2020 [citado 2025 mar 7]. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines%20files/highlights/hghlghts_2020_ecc_guidelines_english.pdf
5. Nogueira AF, Gonçalves JF, Costa MA. Competências não técnicas em suporte avançado de vida: revisão sistemática da literatura. RIASE Rev Investig Acao Superv Educ [Internet]. 2021 [citado 2025 mar 7]; 7(3):401-421. DOI: [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).497.401-421](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).497.401-421)

Apêndice Y – Resumo da *Scoping Review* intitulada “Contributos da Simulação para as equipas de enfermagem no contexto de doente crítico”

**Contributos da Simulação para as Equipas de Enfermagem no Contexto de Doente
Crítico: Revisão *Scoping***

***Contributions of Simulation to Nursing Teams in the Context of Critical Care: A
Scoping Review***

Ana Mateus, Patrícia Fernandes, Tatiana Teixeira, Leila Sales, Paulo Santos

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa

RESUMO

Enquadramento e Objetivo: A simulação clínica constitui uma metodologia pedagógica inovadora, com impacto crescente na formação e na prática das equipas de enfermagem em contexto de doente crítico, bem como nas instituições de saúde. Para além das competências técnicas, favorece competências não técnicas, promovendo cuidados mais seguros e eficazes. O objetivo desta revisão foi mapear a evidência científica relativa aos contributos da simulação clínica para as equipas de enfermagem no contexto do doente crítico.

Métodos e Materiais: A questão de investigação foi estruturada segundo a mnemónica PCC, (P) equipas de enfermagem; (C) estudos que abordem a simulação clínica; e (C) doente crítico adulto. A pesquisa decorreu em bases de dados internacionais e literatura cinzenta, sem restrição temporal, tendo sido considerados apenas estudos em português, inglês e espanhol. A seleção, extração e síntese dos dados foram realizadas por três revisores independentes.

Resultados: A literatura evidencia que a simulação é uma ferramenta formativa essencial em cuidados críticos, promovendo contributos em quatro categorias distintas: competências técnicas, competências não técnicas, cultura de segurança e organização; e formação contínua, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados.

Conclusão: A complexidade do cuidado crítico exige competências especializadas, sustentadas por formação contínua. A simulação clínica afirma-se como estratégia diferenciadora, justificando a sua integração em programas de desenvolvimento profissional, embora sejam necessários mais estudos para avaliar os seus efeitos a longo prazo na prática, nos resultados em saúde e na cultura organizacional.

Palavras-chave: Simulation training; High fidelity simulation training; Nursing; Critical care nursing; Intensive care units; Emergency service.

Keywords: *Simulation training; High fidelity simulation training; Nursing; Critical care nursing; Intensive care units; Emergency service.*

Apêndice Z – Resumo da revisão integrativa da literatura intitulada “Boas práticas na Prevenção de Infecção Associada ao Cateter Venoso Periférico”

Artigo de Revisão de Literatura

Boas práticas na prevenção da infeção associada ao cateter venoso periférico

Good practices in preventing peripheral venous catheter-associated infection

Ana Mateus¹, Ana Pimentel^{1*}, Marco Mesquita¹, Patrícia Fernandes¹, Tatiana Teixeira¹, Leila Sales²

¹ULS Lisboa Ocidental, Lisboa. anapimentel9246@esscvp.eu, anamateus9225@esscvp.eu, marcomesquita9222@esscvp.eu, patriciafernandes9227@esscvp.eu, tatianateixeira9226@esscvp.eu

² Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa. lsales@esscvp.eu

O cateter venoso periférico (CVP) é um dos dispositivos médicos mais comuns em contexto hospitalar e é amplamente utilizado para administração de medicação endovenosa, fluidos e para colheitas de sangue. Contudo, o seu uso está associado a potenciais riscos de infeção, especialmente infeções da corrente sanguínea. A gestão segura e eficiente do CVP depende do conhecimento e competências técnicas adotadas pelos enfermeiros, que desempenham um papel central na sua inserção, manutenção e remoção. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, partindo da questão: Quais são as boas práticas na prevenção da infeção relacionada com o CVP? O objetivo foi identificar e analisar as melhores práticas para a prevenção de infeções associadas ao uso do CVP, identificando os principais fatores de risco, as estratégias eficazes para a sua mitigação e o papel essencial dos enfermeiros na aplicação dessas práticas seguras. Para a concretização desta revisão foram usadas as bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete, bem como literatura cinzenta. Esta revisão engloba estudos entre 2019 e 2024 com idioma em português, inglês e espanhol. Os estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade foram analisados integralmente, enquanto os restantes foram excluídos. Concluiu-se que a adoção consistente de boas práticas e protocolos baseados em evidências é essencial para reduzir a incidência de infeções associadas ao CVP. Este estudo reforça a importância da intervenção dos enfermeiros na implementação de práticas seguras, contribuindo para um ambiente hospitalar mais seguro e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

The peripheral venous catheter (PVC) is one of the most common medical devices in hospital settings and is widely used

Anexos

Anexo A – Certificado de realização de Curso *International Trauma Life Support*



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Tatiana Filipa Alves Teixeira, RN

has completed the
Advanced Provider

date
11/16/2024

course site
ESSCVP - Lisbon, lisbon,

course director

course coordinator
Paulo Alexandre Figueiredo Santos RN

license number

license state/province

NREMT-P number



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 24-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

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

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

Card Holder's Signature

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

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

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

400470-56529

Tatiana Filipa Alves Teixeira, RN

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

Advanced Provider

Card Issue Date 11/16/2024 Expiration Date 11/2027

Course Number 56529

Course Location ESSCVP - Lisbon, lisbon,

Anexo B – Certificado de Participação no 4º Congresso Internacional "O Cuidado Centrado No Cliente e Nos Padrões De Qualidade" da ESEL

CERTIFICADO

Certifica-se que Tatiana Teixeira participou no 4º Congresso Internacional "O Cuidado Centrado No Cliente e Nos Padrões De Qualidade" que decorreu online nos dias 16 e 17 de janeiro de 2025, com a duração de 11 horas e 30 minutos.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo C – Certificado de Participação no 2.º Seminário Internacional dos
Mestrados em Enfermagem da EESCVP de Lisboa.**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que Tatiana Filipa Alves Teixeira participou no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa, com uma carga horária de 31 horas.

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.

Assinado por: MARIA TEREZA DOS REIS LOPES
SILVEIRA GALVÃO
Nome de identificação: 07166666
Data: 2025-06-24 17:21:58+0100



Anexo D – Certificado de Participação na Sessão de Formação sobre “Avaliação da Deglutição”

Declaração

Tatiana Filipa Alves Teixeira esteve presente na Sessão de Formação em Serviço sobre **"Avaliação da Deglutição"** promovida pelo Serviço de Urgência Geral, no dia 3 de abril de 2025, com duração de **6 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 16 de abril de 2025

Enfermeira responsável pelas formações de
Enfermagem do HSFX

Assinado por: Sandra Maria Ferreira da Ponte
Num. de Identificação: 810312018
Data: 2025.04.17 08:59:22 Hora de Verão de GMT



Anexo E – Certificado de Participação na Sessão de Formação sobre “Prevenção da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central”

Declaração

Tatiana Filipa Alves Teixeira esteve presente na Sessão de Formação em Serviço sobre **"Prevenção da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central (INCS – CVC)"** promovida pelo Serviço de Urgência Geral, no dia 27 de julho de 2025, com duração de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 29 de outubro de 2025

Enfermeira responsável pelas formações de
Enfermagem do HSFX

Assinado por: Sandra Maria Ferreira do Prado
N.º de Identificação: 1134212
Data: 2025.10.29 14:55:45 (GMT)



Anexo F – Certificado de Participação na Unidade Curricular “Introdução à Simulação em Saúde” na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**CERTIFICATE****Continuing Training Unit**

Cristina Maria Magalhães Alves, Head of the Academic Management Unit of the *Faculdade de Medicina* (Faculty of Medicine) of the *Universidade do Porto* (University of Porto):

Hereby certifies that

Tatiana Filipa Alves Teixeira

holder of identity card number 13917305, of Portuguese nationality, has completed at the *Faculdade de Medicina* (Faculty of Medicine) of this University, on the 23rd of July 2025, the continuing training unit in *Introdução à Simulação em Saúde* (Introduction to Simulation in Healthcare), with the final grade of twenty (out of 20) and 1 ECTS credits. This continuing training unit consisting of 27 hours of *E-learning* is in the field of Health.

This document is authenticated with the embossed seal of this Faculty.

Faculdade de Medicina (Faculty of Medicine) of the *Universidade do Porto* (University of Porto), 1st of September 2025.

Head of the Academic Management Unit

Emit. flemos

Conf.

N. Cert. 1192270

**Anexo G – Certificado de Participação no Curso “Simulação em Saúde” da ESSCVP
de Lisboa**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **Tatiana Filipa Alves Teixeira** participou com aproveitamento no curso **“Simulação em Saúde”**, tendo obtido a classificação de 18 valores.

Conteúdos programáticos:

Módulo 1 - Princípios da Simulação em Saúde; Tipos de Simulação; Tecnologias em Simulação; Inovação em Simulação; Design de Cenários de Simulação; Construção de cenários de simulação; Integração da simulação na formação dos profissionais de saúde; Formação interprofissional; Debriefing.

Módulo 2 - Cultura de segurança do doente; Competências não técnicas; Gestão de eventos críticos e CRM.

Módulo 3 - HANDS-ON SIM - cenários clínicos.

Coordenação: Prof^a Leila Sales

Duração: 58 Horas

Créditos: 6 ECTS

Local: ESSCVP-Lisboa

Data: 30 de setembro a 29 de outubro de 2025.

A Vice-Presidente do Conselho de Direção

Assinado por: **Maria Teresa dos Reis Lopes Silveira**
Galvão

Num. de Identificação: 07166669

Data: 2025.11.03 13:20:02+00'00'

Prof^a Teresa Silveira

Anexo H – Certificado de Apresentação de Comunicação Livre no 4º Congresso Internacional "O Cuidado Centrado No Cliente e Nos Padrões De Qualidade" da ESEL

CERTIFICADO

Certifica-se que Tatiana Teixeira foi Preletora da Comunicação Livre "Boas práticas na prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso periférico: prevenção de complicações" da autoria de Ana Mateus, Ana Pimentel, Marco Mesquita, Patrícia Fernandes, Tatiana Teixeira e Leila Sales, no 4o Congresso Internacional "O Cuidado Centrado No Cliente e Nos Padrões De Qualidade" que decorreu online, nos dias 16 e 17 de janeiro de 2025.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo I – Certificado de Apresentação de Comunicação Livre no 2º Seminário
Internacional dos Mestrados em Enfermagem, promovido pela EESCVP de Lisboa**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que Tatiana Teixeira participou como preletor no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, apresentando "Contributos da simulação clínica em paragem cardiopulmonar para o desenvolvimento de competências das equipas de emergência", sob a forma de poster/comunicação oral, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa.

Foram co-autores: Paulo Santos

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.

Assinado por: MARIA TERESA DOS REIS LOPES
SILVEIRA GALVÃO
Num. de identificação: 37156669
Data: 2025.06.27 09:52:53+01'00'



**Anexo J – Certificado de Apresentação de Póster Científico no 4.º *Webinar* Nacional
e 2.º *Webinar* Internacional da ESEL**

CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Mateus, Ana Pimentel, Marco Mesquita, Patrícia Fernandes, Tatiana Teixeira e Ana Nunes participaram com um Poster intitulado ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE: ETHICAL CHALLENGES AND INNOVATIONS IN NURSING no 4º Webinar Nacional e 2º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – ESEL “Enfermagem e Inteligência Artificial: Desafios e Oportunidades” que decorreu online, no dia 6 de fevereiro de 2025.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo K – Certificado de Apresentação de Póster Científico no V Congresso
Internacional *Critical Care* da CESP**



CERTIFICADO

Certifica-se que

Tatiana Filipa Alves Teixeira foi autor(a) do poster "Simulação Clínica em Paragem Cardiorrespiratória para o Desenvolvimento de Competências em Emergência" no V Congresso Internacional Critical Care — CESPU'25, que decorreu nos dias 10 e 11 de outubro de 2025, com uma carga horária total de 13 horas, no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.



Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da CESPU-ESSVA



Enf. Filipe Fernandes
Comissão Científica e Organizadora

Anexo L – Certificado de realização de Curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular da *American Heart Association*

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

SAVC
Profissional
de saúde



Tatiana Filipa Alves Teixeira

concluiu com êxito as avaliações cognitivas e de habilidades de acordo com o currículo do Programa de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC) da American Heart Association.

Data de emissão

01 Jun 2024

Nome do Centro de Treinamento

ENFARTE LDA

ID do Centro de Treinamento

ZL20716

Cidade e País do Centro de Treinamento

Guimaraes, Portugal

Nome do Centro de Treinamento

ESSCVP - Escola Superior Saúde Cruz Vermelha

Renovar até

Jun 2026

Nome do instrutor

Luis Filipe de Sousa Meireles

ID do instrutor

10190823278

Código eCard

245629548876

Código QR



Para visualizar ou verificar a autenticidade, estudantes e funcionários devem digitalizar este código QR com seus dispositivos móveis ou acessar <https://ecards.heart.org/international>. © 2020 American Heart Association. Todos os direitos reservados. 20-2817 10/20