



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

**Promoção da Segurança da Pessoa em Situação de
Urgência/Emergência: Intervenção de Enfermagem
Especializada**

Promoting the Safety of People in Urgent and Emergency situations:
Specialized Nursing Intervention

Ana Catarina Paulos Godinho

—

**Lisboa
2024**



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

**Promoção da Segurança da Pessoa em Situação de
Urgência/Emergência: Intervenção de Enfermagem
Especializada**

Promoting the Safety of People in Urgent and Emergency Situations:
Specialized Nursing Intervention

Ana Catarina Paulos Godinho

Orientadora: Professora Doutora Maria do Rosário Pinto



**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Pensamento

We don't rise to the level of our expectations, we fall to the level of our training.

Archilochus

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria do Rosário dos Santos Figueiredo Pinto da Paz Batista, pelo suporte e capacidade de partilha ao longo de todo o percurso, e por embarcar (no sentido literal da palavra) em todas as aventuras a que nos propus(emos)!

À Professora Joana Teixeira, pela motivação constante,

Aos Senhores Enfermeiros Orientadores, pelas reflexões proporcionadas e pela disponibilidade em partilharem um pouco de si,

Ao Professor Renzo Moreale, pelo cuidadoso acolhimento em Itália e por todas as experiências proporcionadas!

Aos Senhores Enfermeiros Gestores, dos diversos contextos onde trabalho, por apoiarem a continuidade da formação académica,

Aos meus colegas (do 1º Curso de Mestrado e Serviço de Urgência onde trabalho), pela camaradagem neste percurso,

Aos meus amigos, em especial à *Task Force*, por me inspirarem a ser melhor pessoa e profissional,

À minha família, agradeço por compreenderem as minhas ausências e pela exigência inculcada,

Ao Diogo, por partilhar todos os momentos deste percurso lado a lado, mas principalmente, por cuidar sempre de mim, enquanto eu cuidava dos outros.

Abreviaturas e Siglas

ANEPC - Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

ATCN – Advanced Trauma Care for Nurses

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - Behavioral Pain Scale

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

CMEMC - Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS - Direção Geral da Saúde

ECPR - Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MEWS - Modified Early Warning Score

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR - Paragem cardiorrespiratória

PSC - Pessoa em Situação Crítica

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIOPS - Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro

SO - Serviço de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

START - Simple Triage and Rapid Treatment

SUP - Serviço de Urgência Geral Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

ULS - Unidade Local de Saúde

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV - Via Verde

Resumo

A Organização Mundial da Saúde identifica os contextos de prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) como áreas de alto risco para o comprometimento da sua segurança, predispondo à ocorrência de eventos adversos. Considerando a complexidade da intervenção neste contexto, os enfermeiros assumem um papel preponderante, na deteção e intervenção precoce em situações de urgência/emergência, mas também na vigilância, constituindo-se como um recurso diferenciado, na equipa multidisciplinar. No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização à PSC, efetivou-se um percurso com o objetivo de desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à pessoa/família em situação crítica, com enfoque na promoção da segurança, sustentado nos referenciais teóricos *Vigilance: the essence of Nursing* de Meyer e Lavin, *Technological Competency as Caring in Nursing* de Locsin e Cuidado Fundamental de Kitson. Este documento retrata a análise reflexiva das atividades desenvolvidas, no culminar do desenvolvimento de competências. As atividades descritas, aliadas ao contacto com a PSC de diversos foros, em diferentes situações de urgência/emergência, permitiu o aprofundamento de conhecimentos, mobilizando evidência científica como suporte à prestação de cuidados especializados, assim como o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas em situações novas/não familiares, na antecipação de focos de instabilidade e gestão de protocolos terapêuticos complexos, maximizando a prevenção e controlo de infeção, e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade, a par do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Palavras-Chave: Pessoa em Situação Crítica; Cuidados de Enfermagem; Promoção da Segurança; Urgência; Emergência

Abstract

The World Health Organization identifies care settings for the critically ill person as high-risk areas for compromising their safety, predisposing them to the occurrence of adverse events. Considering the complexity of intervention in this context, nurses play a leading role in the detection and early intervention in urgent/emergency situations, but also in surveillance, constituting a differentiated resource in the multidisciplinary team. Within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Specialization of the critically ill person, a pathway was taken with the aim of developing specialized skills in the nursing care for the critically ill person and his family, with a focus on promoting safety, based on the theoretical references Vigilance: the essence of Nursing by Meyer and Lavin, Technological Competency as Caring in Nursing by Locsin and Fundamental Care by Kitson. This document portrays the reflective analysis of the activities developed, at the culmination of the development of competencies.

The activities described, combined with the critically ill person in different scopes, within urgent/emergency situations, allowed for knowledge deepness, mobilizing scientific evidence to support the specialized nursing care, as well as developing the ability to solve problems in new/unfamiliar situations, anticipating instability and managing complex therapeutic protocols, maximizing infection prevention and control, and contributing to continuous quality improvement, along with the development of professional learning.

Key-words: Critically Ill Person; Nursing Care; Patient Safety Promotion; Urgency; Emergency

Índice

Introdução	10
1 – Promoção da Segurança da Pessoa em Situação de Urgência/ Emergência	13
1.1 – Da conceptualização... ..	15
1.2 – ... À implementação.....	18
2 – Percorso de Desenvolvimento de Competências	23
2.1 – Competências de mestre em enfermagem	31
2.2 – Competências comuns do enfermeiro especialista	33
2.3 – Competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC	42
Considerações Finais	54
Referências Bibliográficas	56

Anexos

Anexo I – Certificado de Participação no Congresso do Conselho Europeu de Ressuscitação – RESUS'23

Anexo II – Certificado de Apresentação de Póster no Congresso do Conselho Europeu de Ressuscitação – RESUS'23

Anexo III – Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023

Anexo IV – Certificado de Participação na *Masterclass* Imobilização e Transporte da Vítima de Trauma: As Novas Orientações

Anexo V – Certificado de Participação na Comissão Organizadora do Congresso Internacional Emergência'23

Anexo VI – Certificado de Participação no 3º *Webinar* Nacional e 1º *Webinar* Internacional do Departamento de EMC/Adulto e Idoso ESEL: Inovação em Enfermagem

Anexo VII – Certificado de colaboração com o CIDNUR, na equipa do projeto InfPrev4frica

Anexo VIII – Declaração comprovativa da colaboração na dinamização de ação de formação em contexto de unidade de cuidados intensivos

Anexo IX – Certificado de moderação do *I International Webinar – Master's Degree in Medical – Surgical in the area of Nursing for the critically ill person – Management and leadership in critical care nursing: pre-hospital, emergency & intensive care*

Anexo X – Certificado de Participação no *Webinar “Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe”*

Anexo XI - Declaração comprovativa da colaboração na dinamização de ação de formação em contexto de serviço de urgência geral polivalente

Anexo XII – Certificado de participação no 2º Encontro de Boas Práticas Alumni ESEL, na qualidade de preletora

Anexo XIII - Certificado de Apresentação do Estudo de caso “Intervenção Especializada De Enfermagem Na Pessoa Com Síndrome De Encefalopatia Posterior Reversível: Um Caso Clínico”, no 3º *Webinar* Nacional e 1º *Webinar* Internacional do Departamento de EMC/Adulto e Idoso-ESEL

Anexo XIV – Certificado de participação no concurso de Suporte Avançado de Vida do congresso RESUS'23

Anexo XV - Certificado de Participação no Congresso Internacional Emergência'23, na qualidade de Júri do Concurso Code Blue – Suporte Básico de Vida

Introdução

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este documento visa analisar reflexivamente o percurso ao longo do terceiro semestre do Curso, integrando os contributos de todas as fases do processo de aprendizagem, com vista ao desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica/falência orgânica.

Este percurso almeja a aquisição do grau académico de Mestre (Decreto-Lei nº 65/2018), em simultâneo com o desenvolvimento das competências comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área da PSC, permitindo, posteriormente, a atribuição do título de Enfermeira Especialista, pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Para tal, e tendo subjacente a metodologia de projeto (Prado, 2017), procurou-se que este contemplasse os critérios para obtenção do grau de Mestre, os requisitos preconizados no plano de estudos do 1º CMEMC, na área da PSC (Despacho nº 11504/2021), os descritores de Dublin para o 2º Ciclo de formação, assim como as competências comuns (Regulamento nº 140/2019) e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC (Regulamento nº 429/2018).

A análise destes documentos sugere a definição de uma área de interesse para o desenvolvimento das referidas competências, emergindo a Promoção da Segurança da Pessoa em Situação de Urgência/Emergência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica os contextos de prestação de cuidados à PSC como áreas de alto risco para o comprometimento da sua segurança, dadas as situações de elevada complexidade, (Martins et al., 2017), que predispõem à ocorrência de eventos adversos (Gawronski et al., 2022), os quais são uma das principais causas evitáveis de morte e incapacidade mundiais (OMS, 2021a).

Os enfermeiros assumem um papel preponderante nesta matéria, não só na deteção e intervenção precoce em situações de urgência/emergência (Benner et al., 2011), mas também na vigilância intrínseca à Enfermagem (Meyer & Lavin, 2005).

Pelo exposto, surgiu a motivação pessoal para o estudo desta temática, operacionalizado no tema: “Promoção da Segurança da Pessoa em Situação de Urgência/Emergência: Intervenção de Enfermagem Especializada”.

Atendendo à multiplicidade de fenómenos de enfermagem nesta área, optou-se pela integração complementar dos contributos teóricos: *Vigilance: the essence of nursing* (Meyer & Lavin, 2005), *Technological Competency as Caring in Nursing* (Locsin, 2013) e *Cuidado Fundamental* (Kitson, 2018). A opção por estes subsídios visou desenvolver competências nas dimensões da vigilância; na utilização da tecnologia como um meio para a promoção da segurança da PSC e nos diferentes componentes do cuidado fundamental.

Seguindo esta linha de pensamento, este percurso teve como objetivo geral desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à pessoa/família em situação crítica, com enfoque na promoção da segurança.

Para este objetivo, concorreram os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos no âmbito da promoção da segurança da PSC, com especial enfoque na pessoa/família em situação de urgência e/ou emergência;
- Divulgar a mais recente evidência científica que sustente a prática de enfermagem especializada, no âmbito da promoção da segurança da PSC;
- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica nos contextos pré e intra-hospitalar;
- Analisar os contributos do enfermeiro mestre/especialista na promoção da segurança da pessoa em situação de urgência e/ou emergência;
- Refletir sobre a intervenção do enfermeiro mestre/especialista na prestação e gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica e respetiva família em diversos contextos e países.

Dando resposta a estes objetivos, procurou-se que o planeamento deste percurso contemplasse o circuito da PSC em situação de urgência/emergência (do pré ao intra-hospitalar, em situações de exceção e noutra realidade cultural), assim como o contacto com as diferentes equipas multidisciplinares.

Ao longo de todos os contextos foram desenvolvidas atividades que concorrem para a prossecução dos objetivos referidos e que se detalharão ao longo deste documento, o qual se estrutura da seguinte forma: primeiramente, apresentar-se-á um

enquadramento teórico da Promoção da Segurança da Pessoa em Situação de Urgência/Emergência, passando-se de seguida à discriminação do percurso de desenvolvimento de competências, através da descrição dos contextos de ensino clínico, assim como a análise reflexiva das atividades realizadas, e o respetivo contributo para o desenvolvimento de competências de futura mestre e enfermeira especialista. De forma integrada, procura-se demonstrar o julgamento clínico especializado em situações de complexidade de cuidados de enfermagem, a par das questões éticas inerentes.

Por último, nas considerações finais apresentar-se-á uma síntese da análise das competências desenvolvidas, a par dos indicadores de resultado do projeto individual para a prática clínica, culminando nas perspetivas futuras de desenvolvimento.

Adicionalmente, apresentam-se os apêndices e anexos, que compreendem, respetivamente, documentos auxiliares elaborados pela autora e documentos de suporte para uma melhor compreensão da temática em questão (Godinho, 2023). Este documento rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), tendo sido a referência bibliográfica realizada conforme a norma *American Psychological Association*, 7ª edição.

1 – Promoção da Segurança da Pessoa em Situação de Urgência/ Emergência

A identificação da problemática e a necessidade da sua sustentação em evidência científica, conduziram à procura e análise da literatura mais atual, a qual, alicerçada nos referenciais teóricos, permitiu conhecer a intervenção especializada de enfermagem na promoção da segurança da PSC.

De acordo com o Plano de Ação Mundial para a Segurança dos Doentes 2021-2030, da OMS, os danos causados aos clientes no decurso da prestação de cuidados, constituem-se como um desafio para a saúde pública, pela incapacidade e morte decorrentes dos mesmos. Esta problemática cursa em sofrimento das pessoas/famílias, custos económicos, perpetuando os sentimentos de culpabilização enraizados entre profissionais (OMS, 2021a), emergindo a pertinência de definir Segurança do Doente. Este conceito comporta culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes que diminuem os riscos, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando estes ocorrem (OMS, 2021a).

Nos contextos de prestação de cuidados à PSC, considerados como áreas de alto risco para o comprometimento da sua segurança, esta temática ganha especial relevância, dadas as situações de carácter urgente/emergente (Martins et al., 2017), uma vez que a PSC não tem capacidade para manter a estabilidade fisiológica, podendo rapidamente desenvolver a instabilidade (Benner et al., 2011). De acordo com as mesmas autoras, numa situação de urgência a pessoa requer cuidados que suportem e/ou mantenham as funções vitais, com vista a prevenir a falência de um ou mais sistemas de órgãos, enquanto numa emergência são necessárias intervenções imediatas, como manobras de reanimação. Também o Ministério da Saúde define os conceitos de Emergência e de Urgência, como sendo, uma situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais (Despacho nº 18459/2006).

Uma abordagem da pertinência do desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros nesta área, é enfatizada por Benner et al. (2011). Segundo as autoras habitualmente, são os enfermeiros os primeiros profissionais a detetarem e intervirem

nestas situações, sendo fundamental reconhecê-las e discerni-las, pois os *outcomes* da pessoa estão diretamente relacionados com os níveis de *expertise* dos profissionais.

A evidência demonstra que o reconhecimento precoce, o escalonamento atempado de medidas e a resposta adequada perante a pessoa em situação de urgência/emergência são essenciais para prevenir a paragem cardiorrespiratória (PCR) e o internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI) (Considine et al, 2021). Estes eventos são comumente precedidos por alterações objetiváveis, pois de acordo com os mesmos autores, 1 em cada 7 doentes no Serviço de Urgência apresenta deterioração clínica não detetada, e cerca de 80% das pessoas que sofrem uma PCR intra-hospitalar apresentam sinais de deterioração nas 8 horas precedentes. A incapacidade de reconhecer a deterioração clínica e de responder adequadamente durante cuidados de emergência, aumenta a mortalidade da PSC, comprometendo a sua segurança (Kwon et al., 2018). Já Gawronski et al. (2022) adiantam que 43 a 70% dos eventos adversos em contexto de emergência devem-se a fatores humanos, como comunicação ineficaz, ausência de liderança e desconhecimento do contexto (Olino et al., 2019).

Indo ao encontro dos dados apresentados, em Portugal, ao longo da última década, a Direção Geral da Saúde (DGS) tem vindo a alertar para a necessidade de processos que minimizem a probabilidade de erros e maximizem a probabilidade da interceção dos mesmos, quando estes ocorram, com vista a promover a segurança (DGS, 2011).

Paralelamente, esta matéria é também enfatizada na Lei de Bases da Saúde, ao enunciar que as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Lei nº 95/2019). Concomitantemente, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021- 2026) alicerça-se em pilares como a Cultura de Segurança, Comunicação e Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente (Despacho nº 9390/2021).

Considerando a pertinência atual desta temática na enfermagem e no processo de desenvolvimento de competências enquanto futura mestre e enfermeira especialista, torna-se fundamental suportar as intervenções num referencial teórico. Neste sentido, destacam-se os contributos da Teoria da Vigilância (Meyer & Lavin, 2005), *Technological Competency as Caring in Nursing* (Locsin, 2013) e Cuidado Fundamental (Kitson, 2018).

1.1 – Da conceptualização...

Ao eleger diferentes referenciais teóricos procura-se sustentar o percurso desenvolvido em consonância com as dimensões da temática em estudo, refletindo o modo como se perspectiva a enfermagem, enquanto disciplina e profissão dinâmica. De forma complementar, o contributo da vigilância, intrínseca à Enfermagem e basilar na promoção da segurança da PSC (Meyer & Lavin, 2005), complementada pela tecnologia, um meio de promover a segurança da PSC, em simultâneo com a construção da relação nuclear enfermeiro/pessoa, que integra a segurança como uma necessidade física no Cuidado Fundamental (Kitson, 2018), fundamentam o pensamento de enfermagem.

Importa enquadrar que, com vista a respeitar a índole semântica dos referenciais utilizados, opta-se por manter alguns dos conceitos nucleares na sua língua original.

A Teoria da Vigilância (Meyer & Lavin, 2005) emerge como o pensamento de enfermagem norteador, pois integra a observação da PSC, a identificação de sinais e sintomas clinicamente significativos, e a atuação de modo a minimizar os riscos. De acordo com as autoras, a vigilância profissional é o cerne do cuidado em enfermagem e compreende a atribuição de significado ao que se observa, a antecipação do que possa daí advir, o cálculo dos riscos inerentes, prontidão para atuar e a monitorização dos resultados das intervenções.

O primeiro componente da vigilância é definido como *attaching meaning to what is*. Esta atribuição de significado, fruto da observação e respetiva interpretação, permite ao enfermeiro identificar aquilo que carece de intervenção, pelo que é contextualizada pelo conhecimento e experiência do enfermeiro, indo ao encontro do reconhecimento de padrões descrito por Benner et al., (2011).

Em situações de urgência e/ou emergência, *anticipating what might be* assume um papel de relevo no reconhecimento precoce de eventuais complicações e na sua minimização. A vigilância envolve avaliações frequentes, no sentido de analisar a informação recolhida e atuar de forma atempada, o que se interliga diretamente com a componente *calculating the risk*. Meyer e Lavin (2005) definem esta componente como a capacidade de mensurar e minimizar o risco, em cada intervenção. Já a prontidão para atuar, *staying ready to act*, emerge do conhecimento do enfermeiro acerca daquilo que é necessário em determinada situação, enquanto *Monitoring outcomes* é fundamental à

índole da enfermagem, no sentido de monitorizar o alcance dos resultados esperados das intervenções.

Sendo os enfermeiros a última linha de defesa da PSC (Benner et al., 2011a), a vigilância constante é intrínseca à sua intervenção, particularmente numa situação de urgência/emergência, o que se concretiza nas (re)avaliações frequentes, na análise da informação recolhida em tempo útil, de modo a minimizar riscos e otimizar a resposta da equipa multidisciplinar. Para tal, o enfermeiro sustenta-se também em dados obtidos por meio da tecnologia, permitindo o conhecimento e a promoção da segurança da pessoa cuidada (Locsin, 2005). Complementarmente, considerando que os cuidados de enfermagem à PSC se revelam cada vez mais tecnologicamente sofisticados (Benner et al, 2011), a integração do pensamento de Locsin (2013), da *Technological Competency as Caring in Nursing* torna-se estrutural neste percurso, nomeadamente nas seguintes premissas:

- as pessoas cuidam e são cuidadas em virtude da sua humanidade;
- as pessoas devem ser reconhecidas como seres humanos, na sua totalidade;
- conhecer a pessoa cuidada é um processo contínuo (e a tecnologia, se deliberadamente utilizada, contribui para um conhecimento individualizado da pessoa).

Segundo Locsin (2013), a utilização do equipamento para recolha de informação acerca da pessoa cuidada, permite aos enfermeiros focarem-se em *estar* com ela. Contudo, esta utilização deliberada das tecnologias, requer perícia por parte dos enfermeiros, quer no conhecimento do equipamento, quer na sua incorporação no processo de enfermagem, traduzindo-se na essência da *technological competence as caring in nursing*.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2011), a tecnologia compreende o conjunto das técnicas, medicamentos, equipamentos e procedimentos utilizados na prestação de cuidados. Deste modo, a tecnologia não é só equipamento, mas também uma técnica em si. A tecnologia além de contribuir para o incremento da segurança da pessoa cuidada, permite o seu conhecimento individualizado (Benner et al., 2011), uma vez que possibilita a deteção precoce de sinais de alerta e possíveis complicações, prevenindo-as e/ou atuando mais celeremente sobre as mesmas, assumindo especial relevância em situações de urgência/emergência.

Sintetizando a fundamentação dos referenciais orientadores deste percurso, o Cuidado Fundamental (Kitson, 2018) surge na *rutura* do estereótipo de que a prestação

de cuidados à PSC se baseia numa abordagem tecnicista e despersonalizada. O Cuidado Fundamental centrado na Pessoa é o principal objetivo e resultado da relação estabelecida entre esta e o enfermeiro, que visa maximizar a autonomia e recuperação da primeira, satisfazendo as suas necessidades, de modo a que a pessoa se sinta segura em todo o processo.

A relação estabelecida entre a PSC e o enfermeiro é o cerne do Cuidado Fundamental. Segundo Kitson (2018) para estabelecer uma relação positiva são necessários cinco elementos: desenvolver confiança, atenção, antecipação de necessidades, conhecimento individualizado da pessoa e avaliação da qualidade da relação. O estabelecimento desta relação é um processo contínuo, que exige que o enfermeiro se envolva autenticamente, mesmo em momentos de interação mais breves (como em situações de urgência/emergência), criando um ambiente seguro.

No domínio dos Cuidados Fundamentais, o foco são as necessidades dos indivíduos, e a relação pessoa/enfermeiro no reconhecimento e gestão da complexidade das mesmas. Assim, importa considerar a interdependência entre os diferentes elementos físico, psicossocial e relacional do cuidado, cuja satisfação é essencial para o bem-estar da pessoa, e para uma experiência positiva na prestação de cuidados, onde a manutenção da segurança assume um papel preponderante e é responsabilidade do enfermeiro.

No que se refere ao contexto, a hospitalização representa um período de risco acrescido em eventos adversos para a saúde (Kitson, 2018), cujo impacto na prestação de cuidados é reconhecido pelo Cuidado Fundamental.

A concetualização integrada da prestação de cuidados à PSC, visa contrariar a valorização das intervenções de acordo com a sua complexidade técnica, em detrimento de experiências de cuidados holísticos, no sentido de apreciar e integrar a experiência da pessoa e da respetiva família (Kitson, 2018). Kitson et al. (2014) destacam ainda a importância da empatia, respeito e compaixão demonstrados pelo enfermeiro na interação com a pessoa, perspetivando-a na sua totalidade, o que implica centrar-se no outro, independentemente da duração dessa interação.

Em suma, apesar de em diversas situações de urgência/emergência, o enfermeiro ter de se restringir a cumprir procedimentos específicos, sempre que possível procura ir além disso, construindo a relação nuclear ao Cuidado Fundamental, nas quais a promoção da segurança se encontra intrinsecamente interligada, por meio da tecnologia, com a vigilância da PSC.

1.2 – ... À implementação

Uma vez enquadrados os referenciais teóricos que sustentaram este percurso, importa analisar a evidência mais atual, à luz dos mesmos, resultante de uma revisão integrativa da literatura (RIL) realizada com o objetivo de identificar intervenções promotoras da segurança da pessoa em situação de urgência/emergência, registada na Plataforma PROSPERO (ID: CRD42023400031), cujos achados se sistematizam de seguida.

Da análise da evidência científica, emergiram intervenções que concorrem para a promoção da segurança da pessoa em situação de urgência/emergência, no âmbito das áreas: Comunicação; Cultura de Segurança; Procedimentos em Situações de Urgência/Emergência e Treino das equipas através da prática Simulada, sendo a reanimação cardiopulmonar (RCP) o procedimento mais enunciado em situações de urgência/emergência (Godinho & Pinto, 2023).

O maior número de eventos adversos associados ao fator humano em situações de urgência/emergência diz respeito à comunicação ineficaz (Olinio et al., 2019). Uma das intervenções sugeridas neste âmbito é a utilização de protocolos de *handover* da PSC objetivos, padronizados, de acordo com a metodologia ISBAR- Identificação, Situação, *Background*, Avaliação e Recomendações (Gungor et al., 2022), uma vez que em situações de urgência/emergência este momento possui um tempo circunscrito. Os mesmos autores acrescentam ainda que, no sentido de mitigar o impacto dos fatores ambientais do contexto da prestação de cuidados à PSC (como o ruído), a passagem de informação deve ser realizada junto da pessoa, preferencialmente à cabeceira, na presença de todos os enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados.

Outra medida sugerida na continuidade de cuidados é a realização de nota de transferência, adotando modelos objetivos, padronizados e, se possível, informatizados, para simplificar a sua execução e aumentar a adesão dos profissionais (Olinio et al., 2019).

Paralelamente, sugere-se a utilização da comunicação em circuito fechado (Olinio et al., 2019), de modo a transmitir informação relevante de forma célere e inequívoca. Esta técnica de comunicação consiste na identificação clara do interlocutor/recetor da mensagem, na qual se verifica (verbal e não verbalmente) se as informações foram recebidas e interpretadas corretamente, pelos membros da equipa (Murphy et al., 2019). Além deste, algumas sugestões de estratégias de comunicação a adotar em situações de

urgência/emergência são: comunicação assertiva, escuta ativa e partilha de opiniões e atualizações com os membros da equipa (Murphy et al., 2019).

A evidência elenca ainda algumas das intervenções que contribuem para atribuição de significado àquilo que se observa, identificando focos de atenção de enfermagem. Olino et al. (2019) defendem a utilização da *Modified Early Warning Score* (MEWS) na deteção precoce de deterioração clínica e como suporte à tomada de decisão da transferência da pessoa em situação de urgência/emergência. A MEWS é uma ferramenta que avalia os parâmetros: pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar e estado de consciência, atribuindo um determinado *score* a cada parâmetro, que se traduz no risco de deterioração clínica da pessoa.

Em contexto de prestação de cuidados à PSC, Olino et al. (2019) sugerem a aplicação da MEWS (informatizada, com cálculo automático aquando do registo dos sinais vitais), previamente à transferência da pessoa, como suporte à tomada de decisão sobre o tipo de profissionais que realizarão o transporte. De acordo com os mesmos autores, se o *score* MEWS for igual ou superior a 5, a pessoa apresenta risco de instabilidade e necessita de uma equipa multidisciplinar no seu acompanhamento, uma vez que, quanto mais elevado for este *score*, maior a probabilidade de deterioração fisiológica e de PCR. Adicionalmente, considerando o risco de eventos adversos durante a transferência da PSC, os autores propõem a utilização do instrumento *Standard Operational Protocol for Emergency Care Transfer*, o qual, através de um fluxograma, prioriza a atuação dos profissionais aquando alteração de *score* da escala de MEWS.

No que concerne à antecipação do que possa surgir em situações de urgência/emergência é fulcral a disponibilidade de recursos materiais, humanos e de estrutura física adequada, bem como a existência de protocolos (Gomes et al., 2019). Já em 2018, Aiken et al. alertavam para o impacto do ambiente de trabalho na segurança dos doentes. Da evidência analisada destaca-se a gestão do espaço físico do serviço de urgência, nomeadamente a alocação da PSC ao setor respetivo, dotado de recursos que melhor satisfaçam as suas necessidades, assim como a correta identificação (Aljuaid & Al-Moteri, 2022; Benner et al., 2011; Gomes et al., 2019).

Particularizando para uma situação de PCR, por cada minuto de atraso no início das manobras, a probabilidade de sucesso decresce cerca de 10%. Assim, a testagem da operacionalidade dos recursos materiais para receção e abordagem da pessoa em situação

de urgência/ emergência é fundamental (Aljuaid & Al-Moteri, 2022).

No que respeita à capacidade de mensurar e minimizar o risco, Han e Roh, (2020) defendem a notificação de eventos adversos. Por sua vez, Aljuaid e Al-Moteri (2022) mencionam o desenvolvimento da competência de *situational awareness*, que consiste na percepção dos elementos do ambiente, na compreensão do seu significado e na capacidade de se adaptar. Este conceito é basilar nos procedimentos de testagem e verificação de material (como o carro de emergência), sendo sugerida a sua realização em áreas de menor tráfego/atividade, onde as distrações são menos prováveis. Outra medida sugerida é a instituição de um sistema informatizado que emita alertas referentes à operacionalidade e validade do material a utilizar em situações de urgência/emergência. O desenvolvimento de *situational awareness*, por parte dos enfermeiros, permite que estes identifiquem, mais celeremente, alterações na condição da PSC, prevenindo a sua deterioração e, caso esta ocorra, fomentando uma resposta mais eficaz e eficiente.

A prontidão para atuar implica o conhecimento daquilo que é necessário em cada situação. Na maioria das situações de urgência/emergência, a equipa multidisciplinar é designada por *flash team*, isto é, uma equipa cujos elementos se desconhecem, ou que nunca trabalharam conjuntamente (Murphy et al, 2019). Nestas circunstâncias, a utilização de um modelo de desempenho da equipa, através da normalização dos procedimentos operacionais, da dimensão da equipa e da identificação de funções, contribui para a otimização da sua resposta. Neste sentido, Spitzer et al. (2019) sugerem a adoção do *pit crew model*, que consiste na definição de papéis e responsabilidades dos membros da equipa envolvida numa situação de urgência/emergência. Estes autores identificam duas áreas de intervenção com a PSC em situação de urgência/emergência: uma área circular interna (mais próxima da pessoa), onde estão os profissionais envolvidos na prestação de cuidados direta, e uma área circular mais externa (onde se colocam os profissionais envolvidos na documentação e supervisão).

Spitzer et al (2019) analisaram os ganhos da implementação do *pit crew model*, identificando uma melhoria no ritmo das compressões torácicas (que passou de 133.5 para 127.9) e uma diminuição no tempo de pausa para desfibrilhação.

Além do referido, Murphy et al. (2019) propõem a implementação de protocolos para atuação em situação de urgência/emergência, a par da formação contínua dos profissionais e da criação/preenchimento de *check-lists* de segurança (Han & Roh, 2020).

Relativamente à monitorização de resultados, sugere-se a monitorização da qualidade da RCP através de dispositivos de *feedback*, pois segundo Picard et al. (2022) a sua utilização contribuiu para um aumento de 74% do número de compressões na cadência alvo, corroborando os benefícios da utilização de tecnologia (Locsin 2005; 2013).

Por sua vez, Rideout et al. (2021) concluíram que o recurso a dispositivos de *feedback* audiovisual (Adcock et al., 2020), não só aumenta a fração de compressão torácica, como reduz, em média, cinco segundos, as pausas peri-choque, contribuindo para um aumento da qualidade da RCP em 87%.

Uma outra medida que comprovou otimizar o desempenho dos profissionais em manobras de RCP de alta qualidade foi o treino através da simulação, pois a informação apreendida nesta circunstância, pode ser rapidamente lembrada durante uma situação de urgência/emergência (Aljuaid & Al-Moteri, 2022). A simulação surge como um contributo para o aumento da segurança da PSC, referente ao treino de *technical* e de *nontechnical skills* (Sollid et al., 2019), como trabalho de equipa, comunicação e liderança.

O trabalho em equipa é focado por diversos autores (Dewolf et al., 2021; Murphy et al., 2019), que propõem a utilização da ferramenta TEAM® para monitorização do desempenho da equipa. Esta ferramenta possui 11 itens, cada um classificado numa escala de *Likert* de 5 pontos (Dewolf et al., 2021).

A liderança, por sua vez, impacta não só o trabalho em equipa, como a tomada de decisões, pelo que deve ser treinada, no sentido de otimizar o planeamento, receção e abordagem da PSC, fomentando a priorização e delegação de tarefas nos membros da equipa, considerando as suas características individuais (Murphy et al., 2019).

Josey et al. (2018) defendem a realização de simulações em contexto da prestação de cuidados (*In Situ Mock Codes*), permitindo o treino da equipa multidisciplinar num ambiente realista e, simultaneamente, seguro, o que fomenta a celeridade de início das manobras (Adcock et al., 2020). Outra estratégia proposta para otimizar o desempenho da equipa é a gravação do treino com posterior visualização e análise (Dewolf et al., 2021), potenciada através de um *debriefing* estruturado. O *debriefing* é um facilitador de discussão, comumente utilizado em eventos pós-ressuscitação, permitindo um *feedback* construtivo e identificando oportunidades de melhoria (Conoscenti et al., 2021; Dewolf et al., 2021).

Em síntese, apesar da maioria dos resultados se reportar a situações de PCR, muitas das intervenções têm aplicabilidade noutras situações de urgência/emergência,

destacando-se o impacto do desempenho da equipa na sobrevivência e *outcome* da PSC. Estes resultados permitiram consolidar a reflexão realizada, baseando a prática em evidência científica. Atendendo à reflexão acerca do exercício profissional do enfermeiro mestre e especialista nesta área, parece lícito afirmar que a sustentação teórica realizada vai ao encontro do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC (OE, 2011) norteadores desta mesma prática. Globalmente, e apesar de todos se refletirem na análise desenvolvida, destacam-se os enunciados 4.3. prevenção de complicações, 4.4. bem-estar e autocuidado e 4.6. organização dos cuidados especializados.

No que concerne ao enunciado 4.3. prevenção de complicações, é competência do enfermeiro especialista identificar precocemente os problemas potenciais da PSC, prescrevendo, implementando e avaliando as intervenções que visam a sua minimização, de acordo com os componentes da vigilância (Meyer & Lavin, 2005). Neste âmbito, destaca-se a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade identificados, a implementação de medidas de suporte avançado de vida (SAV), assim como a gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Relativamente ao enunciado 4.4. bem-estar e autocuidado, enfatiza-se o discernimento suportado no rigor científico, acerca da necessidade de referenciação (para outros profissionais ou enfermeiros especialistas) (OE, 2011), a par da gestão do impacto emocional decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família, componente basilar do Cuidado Fundamental (Kitson, 2018).

Finalmente, no que respeita ao enunciado 4.6. organização dos cuidados especializados, salienta-se uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional, assim como os guias de boas práticas. Adicionalmente, importa mencionar a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado, a par de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, como por exemplo, a informatização de escalas/sistemas de alerta precoce.

Concluindo, as intervenções que contribuem para a promoção da segurança da pessoa em situação de urgência/emergência, sugeridas pela revisão da literatura realizada, coadunam-se com o referido documento, ressaltando-se o papel do enfermeiro mestre e especialista como elemento fulcral na promoção da segurança da PSC.

2 – Percurso de Desenvolvimento de Competências

O presente capítulo visa retratar o percurso de desenvolvimento de competências de Mestre, a par das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista, analisando as atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico, numa perspetiva reflexiva.

A aplicação do modelo de Dreyfus aos cuidados de enfermagem, evidencia que é possível alcançar a especialização através da experiência, a qual, por sua vez, é indispensável para a perícia, uma vez que o contexto e as significações inerentes às situações clínicas influenciam fortemente as competências de perito (Benner, 2001).

No entanto, o processo de desenvolvimento de competências inicia-se previamente, no ensino teórico, na aquisição e aprofundamento de conhecimentos, a par do desenho do percurso organizador do vivenciar das experiências, numa perspetiva de continuidade. Conjuntamente, todos estes momentos permitiram a reflexão acerca das vivências, dificuldades e estratégias para as ultrapassar, entre pares, com a professora ou com os enfermeiros orientadores, (re)estruturando o percurso a desenvolver.

Para tal, além do percurso preconizado, que integra um período de ensino clínico em cuidados intensivos e serviço de urgência, considerando o impacto da *performance* da equipa no *outcome* da PSC, o projeto proposto visou o contacto com as diversas tipologias e dinâmicas de equipas, nacionais e internacionais, com diferentes atribuições referentes aos componentes da vigilância, com a utilização da própria tecnologia como meio de conhecimento da PSC e promoção da sua segurança, a par dos componentes do cuidado fundamental, onde o contexto da prestação de cuidados é evidenciado.

Seguindo o proposto no projeto de aprendizagem, o primeiro momento de ensino clínico decorreu numa UCI de nível 3, entre maio e julho de 2023. No segundo semestre, o estágio foi realizado num SUP, entre outubro de 2023 e março de 2024. Em complementaridade, foram desenvolvidos estágios de curta duração, com o objetivo de obter subsídios para desenvolver competências na área de interesse: em contexto de Hospital de Campanha (8 a 13 de maio de 2023), numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de uma ULS de Lisboa (entre janeiro e fevereiro de 2024) e em programa de mobilidade ERASMUS+, numa parceria com uma Universidade de Itália (entre 16 e 20 de outubro de 2023).

Transversalmente, foi possível desenvolver competências na área da investigação, liderança e capacitação, no âmbito da prevenção e controlo das infeções associadas aos

cuidados de saúde (IACS), pela participação no Projeto InfPrev4frica, *Capacity Building for Higher Education* do Programa ERASMUS+ (desde março de 2023 até ao presente momento).

Relativamente a este capítulo inicia-se por uma descrição dos contextos, estruturada de acordo com os objetivos traçados. Em seguida apresenta-se uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas e o respetivo contributo para o desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeira especialista, a par das questões éticas subjacentes.

Importa enquadrar ainda a existência de objetivos e atividades transversais a todos os contextos (à exceção do contexto de mobilidade), relacionados com conhecer a estrutura física, organizacional e funcional e integrar o contexto institucional. Com vista a atingir estes objetivos, foram desenvolvidas atividades similares, como: consulta de protocolos instituídos, pesquisa bibliográfica no âmbito do cuidado à PSC e respetiva discussão.

No que concerne às especificidades dos contextos que propiciaram o desenvolvimento de competências detalhar-se-ão, cronologicamente, em seguida.

Hospital de campanha (8 a 13 de maio de 2023)

Considerando a competência específica do enfermeiro especialista em EMC, no âmbito da catástrofe e situações de exceção, tive a oportunidade de realizar ensino clínico neste contexto, com o objetivo de desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à pessoa/família em situação crítica, com enfoque na promoção da segurança, em contexto pré-hospitalar de situação de exceção.

Este hospital de campanha encontrava-se integrado no dispositivo de operações e socorro da Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC), no âmbito de uma operação nacional de apoio a evento de massas. Segundo a OMS (2017) e reiterada pela DGS (2023), os eventos de massas definem-se como eventos que reúnem um número de pessoas suficiente para sobrecarregar os recursos de planeamento e resposta da comunidade. Estes decorrem em locais específicos, com determinada finalidade, durante um período temporal restrito, potenciando os riscos para a saúde, pela concentração elevada de participantes (Norma 003/2023).

A OMS (2019) estima que, anualmente, mais de 190 milhões de pessoas são afetadas por catástrofes, com repercussão nos sistemas de saúde e económicos dos países. Neste sentido, os profissionais de saúde, de entre os quais os enfermeiros, assumem um papel preponderante na preparação e resposta a estes eventos.

O ensino clínico decorreu numa estrutura modular certificada pela OMS como *Emergency Medical Teams* (EMT) Tipo 1, tendo capacidade para receber pelo menos, 100 pessoas/dia de prioridade verde (P3) e 50 pessoas/dia de prioridade amarela/vermelha (P2/P1, respetivamente). Esta estrutura é autossustentável durante 14 dias, possui um módulo de purificação e reaproveitamento de água, iluminação e climatização. Estruturalmente, o dispositivo de apoio a esta operação compreendia: admissão e triagem, sala de Reanimação (com 3 camas com capacidade de ventilação invasiva), sala de ambulatório, sala de pequena cirurgia/ortopedia. Além da zona clínica, o EMT dispõe de base de operações (alojamento, cozinha, farmácia, logística e comando da operação).

No que respeita à constituição da equipa multidisciplinar, o número de elementos depende do tipo de operação, contemplando: enfermeiros; médicos; técnicos de emergência pré-Hospitalar; psicólogo; técnico de imagiologia; elementos da logística; farmacêutico e elementos das comunicações, destacando-se nesta operação a presença de nove enfermeiros, peritos na área do pré-hospitalar e especialistas em EMC, um dos quais elemento da Comissão de Prevenção de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA) de uma delegação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Relativamente ao funcionamento da equipa, existe um médico e um enfermeiro coordenadores da área clínica. Para integrar a equipa que é projetada, todos os profissionais têm de frequentar previamente uma formação de segurança obrigatória.

No que concerne à operação em que decorreu o ensino clínico, na totalidade do dispositivo de emergência pré-hospitalar foram assistidas 317 vítimas, 8 das quais consideradas graves e 309 ligeiras. Destas vítimas, 33 foram evacuadas para a estrutura do PT-EMT, onde 13 foram triadas como P2 (amarelas) e 20 P3 (verdes), 5 das quais com necessidade de evacuação hospitalar.

Junto à estrutura do PT-EMT, encontrava-se a Sala de Situação do INEM, que garantiu a coordenação pré-hospitalar, assim como a articulação entre dispositivos, Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e ANEPC. Na qualidade de estudante de mestrado, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em todos os setores, com diferentes profissionais, o que enriqueceu esta experiência.

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (15 de maio de 2023 e 21 de julho de 2023)

O estágio nesta Unidade visou o contacto com a PSC num ambiente altamente tecnológico (Locsin, 2005), respondendo ao objetivo de desenvolver competências

especializadas no cuidado de enfermagem à pessoa/família em situação crítica, com enfoque na promoção da segurança, em contexto de UCI.

De acordo com a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, esta é uma UCI nível III (polivalente), ou seja, possui equipas dedicadas, com meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos para assegurar cuidados à pessoa com múltiplas disfunções orgânicas (Regulamento nº 743/2019; Valentin & Ferdinande, 2011;). Estas orientações explicitam que podem ser integrados, na mesma unidade, diversos níveis de cuidados, desde que os rácios sejam ajustados mediante avaliação da carga de trabalho. Tal significa que nesta UCI podem ser também cuidadas pessoas que requeiram cuidados categorizados como nível II, ou seja, com disfunção de apenas um órgão, com necessidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais. Adicionalmente, esta UCI é também um dos centros de referência ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*), de acordo com o (Despacho nº 6669/2017).

No que respeita ao espaço físico, a UCI em questão é constituída por 5 salas (22 camas), 2 salas de isolamento (8 camas), 1 sala para técnicas de hemodiálise e 1 sala dedicada ao procedimento de *extracorporeal cardiopulmonary resuscitation* (ECPR). Salienta-se ainda a existência de 1 sala dedicada ao acolhimento da família/pessoas significativas.

A equipa de enfermagem é constituída por 125 enfermeiros (distribuídos por 5 equipas, dos quais 18 são especialistas em EMC, na área da PSC), sendo 16 o mínimo de enfermeiros/turno, o que vai ao encontro da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, da OE (Regulamento nº 743/2019), que enfatiza ainda que, na constituição das equipas das UCI, é recomendável que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas.

O método de trabalho utilizado é o método individual, pois cada enfermeiro fica responsável pela prestação de cuidados à PSC que lhe é atribuída, sendo a organização dos cuidados dependente da visão que o enfermeiro tem do seu papel como profissional, conjugado com o método de trabalho em equipa, uma vez que os enfermeiros se encontram agregados deste modo, coordenados por líderes que visam maximizar as capacidades do grupo e competências individuais (Parreira et al., 2023).

No que concerne à existência de grupos de trabalho e projetos de melhoria contínua, este serviço dispõe de diversas iniciativas, tendo sido possível participar nas seguintes: Grupo de Trabalho de Gestão do Risco; Consulta de *follow up* (destinada a

peessoas com internamentos superiores a 48h na UCI, nos 3 meses após alta, com médico e enfermeiro); Via Verde (VV) PCR/ECPR (que consiste na reanimação assistida com circulação extracorporeal); Protocolo de Acolhimento à família - identificação do familiar de referência, acolhimento sem hora discriminada; Protocolo de administração de insulinoaterapia; gestão da dor/analgesia e gestão da anticoagulação. Relativamente aos registos de enfermagem, estes são informatizados, no programa *PatientCare®/BSimple®*.

Serviço de urgência geral polivalente (2 de outubro de 2023 a 14 de janeiro de 2024)

O SUP consiste no nível mais diferenciado de resposta (Despacho nº 10319/2014, 2014b) a situações de urgência e emergência (Despacho nº 11/2002, 2002). No presente caso, de acordo com o Despacho 13427/2015, este integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência como Polivalente/Centro de Trauma, pelo que enquanto polo da Rede Nacional de Trauma, compete-lhe a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave (Despacho nº 10319/2014, 2014b).

O estágio neste contexto, que possui diversas valências, suportando além da VV trauma, a atividade da VV Coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Sepsis, conforme previsto nas respetivas normas, teve como objetivo desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à pessoa/família em situação crítica, com enfoque na promoção da segurança, em contexto de SUP.

No que concerne à dinâmica organizacional do serviço, o circuito da pessoa que recorre ao SUP inicia-se na triagem, de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester, tal como preconizado na Norma nº 002/2018 da DGS. Segundo este protocolo é atribuída uma prioridade clínica, baseada na queixa da pessoa. A par da triagem e atribuição da respetiva prioridade, é realizado o encaminhamento para o setor adequado.

Relativamente à sua estrutura física, o SUP organiza-se do seguinte modo:

- Triagem: 3 postos de triagem (com três enfermeiros triadores, um dos quais de retriagem, quando excedido o tempo preconizado para primeira observação médica);
- 1 Gabinete de Enfermagem do projeto IURgencia e 1 Gabinete de apoio às especialidades médicas e cirúrgicas (onde fica alocado um enfermeiro em cada);
- Clínica de atendimento do serviço de urgência - dedicada a situações pouco urgentes e não urgentes do foro médico. Neste setor fica alocado um enfermeiro das 10 às 22 horas;
- Balcão ambulatorios e Balcão macas - comporta pessoas que carecem de avaliação

por qualquer especialidade, consoante a sua mobilidade. No setor ambulatório ficam geralmente alocados três enfermeiros, e no setor macas quatro enfermeiros;

- Setor Ortopedia/Pequena Cirurgia - para atendimento de pessoas com patologias deste foro, onde geralmente fica alocado um enfermeiro;

- Salas de Emergência (5 salas, 2 das quais dedicada à abordagem da pessoa vítima de trauma, com capacidade de realização de pressão positiva e negativa, em caso de necessidade de isolamento). Neste setor ficam alocados três enfermeiros;

- Serviço de Observação (SO): 5 salas (cada uma com capacidade para 4 a 5 pessoas), destinadas àqueles que necessitam de uma maior vigilância/monitorização hemodinâmica. Neste setor existe um enfermeiro por sala;

- Área de Doentes Internados: setor da urgência que acolhe as pessoas a aguardar vaga de internamento. Nesta zona ficam alocados dois a três enfermeiros.

No que respeita à equipa de enfermagem, esta é constituída por 5 equipas (num total de cento e quarenta enfermeiros), existindo por turno, no mínimo, vinte e três enfermeiros na manhã, vinte e quatro no turno da tarde e vinte e um no turno da noite. Da totalidade dos enfermeiros, trinta e seis são especialistas em EMC, na área da PSC, contudo, de acordo com o Despacho nº 10319/2014, 50% dos enfermeiros dos SUP deverão ter competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem à PSC.

O método de trabalho privilegiado é o método individual, estando esta gestão a cargo do enfermeiro responsável por cada setor, mediante as necessidades e rácios de cada turno. Conjuntamente, identifica-se o método de trabalho de equipa (Parreira et al., 2023). O Sistema de Informação em Enfermagem utilizado é o *Health Care Information System*.

Relativamente à existência de projetos de melhoria contínua/grupos de trabalho, contactei com os seguintes: Projeto IUrgência (contacto de familiares/pessoas significativas, para disponibilização de informações acerca das pessoas em permanência no SUP); Existência de 1 enfermeiro elo de ligação com o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (que desenvolve ações de sensibilização dos profissionais, através da partilha de indicadores referentes às práticas); Grupo de Trabalho das Salas de Emergência e Grupo de Formação em Trauma – na génese do qual se colaborou.

Programa de Mobilidade ERASMUS+ (16 a 20 de outubro de 2023)

Numa sociedade cada vez mais heterogénea, torna-se necessário que o enfermeiro

adeque os cuidados de enfermagem à individualidade de cada um, pois quando este considera o património cultural nas dimensões de quem cuida, torna-se mais empático, e um agente efetivo no cuidado (Giger & Haddad, 2021).

Desde o início do mestrado que se delineou o objetivo de adquirir contributos para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado de enfermagem à pessoa/família em situação crítica, com enfoque na promoção da segurança, em contexto estrangeiro, motivado pelo contacto com o cuidado de enfermagem noutro país/realidade cultural.

Além do referido, a RIL desenvolvida evidencia que uma das principais medidas que contribui para a promoção da segurança da pessoa em situação de urgência/emergência, é o treino dos profissionais através da simulação (Aljuaid & Al-Moteri, 2022; Dewolf et al., 2021; Murphy et al., 2019; Sollid et al., 2019). Deste modo, com o intuito de desenvolver a prática baseada na evidência, e numa perspetiva de articulação teórico-prática, outro motivo potenciou a decisão de realizar este programa de mobilidade numa Universidade de Itália, e num Hospital Universitário parceiro da mesma: a existência de um centro de simulação partilhado entre ambos.

Assim, a opção por este contexto teve como um dos principais focos de interesse contactar com o centro de simulação existente, o qual permite a colaboração entre profissionais do hospital e estudantes da Universidade, com recurso à simulação como estratégia de aquisição e desenvolvimento de competências.

A oferta formativa do centro de simulação preconiza a abordagem multidisciplinar de situações da prática clínica, através do reforço de competências como a comunicação eficaz, o trabalho em equipa, e a capacidade de tomada de decisão. Estruturalmente, as instalações do centro dispõem de bloco operatório, unidade de cuidados intensivos, área cirúrgica, radiologia, enfermarias (mobilados de forma semelhante ao ambiente hospitalar), duas salas para simulações avançadas (com possibilidade de gravação de vídeo) e, ainda, salas para realização de *briefing* e *debriefing*.

Seguindo uma estratégia de observação participativa, além do contacto com o centro de simulação (onde se entrevistou o responsável pela sua dinamização, e realizou uma *clinical scape room* com estudantes de enfermagem), foi possível visitar uma das UCI e reunir com enfermeiros da prestação de cuidados à PSC, incluindo a enfermeira-chefe do departamento de urgência, o que possibilitou um melhor conhecimento do circuito da PSC nesta realidade, onde se destacam os seguintes serviços:

-*Pronto Soccorso* - ao qual as pessoas podem aceder pelos próprios meios ou através dos meios pré-hospitalares, sendo triadas por enfermeiro na admissão;

- *Eliambulanza Regionale* - a Sala Regional de Operações de Emergência em Saúde coordena os meios de emergência da região, sendo ativada através do número 112;

-*Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza* - estrutura para onde são encaminhados os utentes com problemas clínicos urgentes ou que necessitem de observação, provenientes do Serviço de Urgência ou de outros serviços. Possui uma área designada Semi-Intensiva que dispõe de 12 camas com capacidade de monitorização hemodinâmica e uma área designada de área de Observação com 18 camas;

-Unidade de Cuidados Intensivos (integradas nos respetivos departamentos, sendo que todas estão aptas para receber a pessoa vítima de trauma).

Acresce a estas experiências a visita à universidade de enfermagem, conhecendo a sua estrutura curricular, nos diversos campus, existindo a oportunidade de discutir apresentações referentes à VV AVC da região e aos cuidados em fim de vida em contexto de UCI, com professores e enfermeiros, que se deslocaram do hospital à universidade.

Viatura Médica de Emergência e Reanimação (15 de janeiro a 7 de fevereiro de 2024)

O estágio em contexto de VMER decorreu integrado numa ULS de Lisboa, com o objetivo de desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à pessoa/família em situação crítica, com enfoque na promoção da segurança, em contexto pré-hospitalar. A opção por realizar ensino clínico neste meio diz respeito à singularidade da intervenção do enfermeiro na abordagem da PSC, em situações de urgência/emergência, que exigem um raciocínio e tomada de decisão rápidos, com vista a proporcionar uma rápida estabilização da pessoa (Patterson & Yealy, 2019).

De acordo com o INEM (2013), as VMER atuam na dependência do CODU, com base hospitalar, destinando-se ao transporte de uma equipa (médico e enfermeiro) e equipamento de SAV, até ao local onde se encontra o doente. O principal objetivo deste meio é a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

Tal como Kitson (2018) afirma, o contexto é preponderante no estabelecimento da relação com a PSC e respetiva família, o que é indissociável da VMER, na qual o enfermeiro acede à casa e ao íntimo da individualidade de cada pessoa. Além disso, a antecipação

dos riscos inerentes e a monitorização dos resultados (Meyer & Lavin, 2005) é fulcral naquilo que será o seu destino e o encaminhamento adequados.

A equipa de enfermagem da VMER é constituída por dezoito enfermeiros, treze dos quais especialistas em EMC-PSC. A metodologia de trabalho é ajustável de acordo com os seus elementos e com o tipo de situação, sendo evidente o trabalho de equipa. De acordo com as Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar (OE, 2007), o enfermeiro assume um papel fundamental não só na estabilização do indivíduo no local da ocorrência, mas também no acompanhamento e vigilância durante o transporte, assim como na continuidade dos cuidados, a par do cuidado à família da PSC. Relativamente à documentação da prática, o sistema informático utilizado é o *Tool for Emergency Alert Medical System*, sendo o médico quem efetua os registos, como *team-leader* formal da equipa.

Finalizando o descritivo dos contextos onde decorreu este percurso, identificam-se, em seguida, as principais competências desenvolvidas, os objetivos atingidos e atividades realizadas, em consonância com os descritores de Dublin (Comissão Europeia, 2008), de acordo com o artigo 15º do Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março), atendendo a que se trata de um ciclo de estudos conducente ao grau de mestre.

2.1 – Competências de mestre em enfermagem

A aquisição, aprofundamento, compreensão e aplicação do conhecimento foram uma constante ao longo do percurso. Tanto a necessidade de mobilizar e aprofundar conhecimentos obtidos no 1º Ciclo, como a integração dos conteúdos teóricos das unidades curriculares do Curso de Mestrado e a pesquisa bibliográfica realizada, permitiram esta aquisição e consolidação, em simultâneo com a sua aplicação na prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento de competências na resolução de problemas, em contextos multidisciplinares, tanto nacionais como internacionais.

A realização de uma RIL permitiu, para além da aquisição de conhecimentos sobre investigação secundária, a sistematização da evidência científica sobre o tema, a par duma reflexão acerca do exercício profissional do enfermeiro mestre e especialista nesta área. A disseminação do conhecimento exige não apenas a autoaprendizagem, mas também o desenvolvimento de competências na comunicação de conclusões, dos conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei nº 74/2006). De forma informal, este processo desenrolou-se nos contextos

de ensino clínico, potenciando o raciocínio clínico e a tomada de decisão nos momentos de reflexão em grupo, com pares, assim como em eventos nacionais e internacionais e nas reuniões transnacionais do Projeto InfPrev4frica.

A divulgação de conhecimento no Congresso do Conselho Europeu de Ressuscitação – RESUS’23 (anexo I e anexo II), permitiu o aprofundamento de conhecimentos na área da PSC, pela possibilidade de participar em mesas redondas acerca dos cuidados pós reanimação, do papel da simulação na formação em SAV, a que se deu continuidade no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 (anexo III). Neste contactou-se com o mais recente estado da arte, com o SAV em equipas de alto rendimento e com a atuação do enfermeiro especialista no âmbito da catástrofe, potenciado pela frequência da *masterclass* Imobilização e Transporte da Vítima de Trauma: As Novas Orientações (anexo IV). Numa vertente diferente, destaca-se a participação no Congresso Internacional de Emergência’23, onde foi possível aliar a partilha e aquisição de conhecimento, com a responsabilidade de integrar a Comissão Organizadora (anexo V).

Complementarmente, releva-se a participação no 3º *Webinar* Nacional e 1º *Webinar* Internacional do Departamento de EMC/Adulto e Idoso-ESEL: Inovação em Enfermagem, que se debruçou acerca da produção do conhecimento e exercício clínico nos 3 níveis de formação em Enfermagem (anexo VI). Deste *webinar* destaca-se a mesa “Inovação na área da Segurança em Enfermagem”, a par da discussão de comunicações referentes à intervenção de enfermagem na prevenção do risco de infeção associado à presença do tubo endotraqueal na PSC e na vulnerabilidade da pessoa sob ECMO.

Ainda neste âmbito, dinamizaram-se formações em serviço nos contextos de UCI e SUP, que surgiram de necessidades formativas identificadas pelos profissionais e que se coadunavam com a área temática em estudo, contribuindo para desenvolver a capacidade de comunicação a especialistas e não especialistas, assim como os momentos em contexto académico (como seminários), a par da discussão dos resultados da RIL com peritos na área, tanto no programa de mobilidade, como em workshops dinamizados na área da simulação como estratégia educativa no projeto InfPrev4frica.

No seu todo, estas atividades implicaram a aplicação e integração de conhecimentos, não só relacionadas com a PSC, mas particularmente com a promoção da segurança da pessoa em situação de urgência/emergência, fomentando a aprendizagem ao longo da vida, tanto numa perspetiva de desenvolvimento pessoal, assim como

facilitador deste processo junto de outros. Pelo exposto, considera-se atingindo o objetivo referente ao aprofundamento de conhecimentos no âmbito da promoção da segurança da PSC, com especial enfoque na pessoa/família em situação de urgência e/ou emergência, a par do desenvolvimento de competências na aplicação do conhecimento na tomada de decisão e raciocínio clínico em situações complexas.

Para além do descrito, há ainda a salientar no que respeita aos domínios c) “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas” e d) “Capacidade de comunicar conclusões e raciocínios subjacentes”, a participação no projeto InfPrev4frica. A coordenação de atividades na área da disseminação dos produtos do projeto, a necessidade de planear e dinamizar reuniões, gerindo as situações decorrentes da diversidade sociocultural em tempo real, permitiram desenvolver competências relacionais, éticas e legais, a par da inerente reflexividade e necessidade de antecipação de situações novas e não familiares.

O domínio da investigação foi, inevitavelmente, estimulado quando se aceitou o desafio de integrar este Projeto (anexo VII). Ao colaborar no diagnóstico de necessidades formativas de estudantes em enfermagem dos países parceiros, e no planeamento da respetiva intervenção, foi possível desenvolver competências na área da investigação primária e secundária, através do acompanhamento e monitorização dos procedimentos de tradução e adaptação cultural de instrumentos de colheita de dados, do processo de submissão de pedidos de autorização às comissões de ética, e da participação na análise e tratamento dos dados obtidos. A colaboração na realização de uma *umbrella review* no âmbito da prevenção e controlo das IACS foi uma experiência que permitiu aprimorar as competências desenvolvidas aquando da elaboração da RIL.

Além das competências inerentes à obtenção do grau de mestre, e articulando com a finalidade posterior deste percurso, nomeadamente a obtenção do reconhecimento pela OE do título de Especialista em EMC, na área de Enfermagem à PSC, importa analisar o desenvolvimento de competências neste âmbito.

2.2 – Competências comuns do enfermeiro especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe um conjunto de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (Regulamento nº 140/2019).

No Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, destaca-se o desenvolvimento das competências A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade e A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nomeadamente na tomada de decisão, e avaliação dos seus resultados, transversalmente desenvolvidas em todos os contextos.

Para tal, procurou-se minimizar a exposição corporal da pessoa ao estritamente necessário durante procedimentos/cuidados de higiene, de modo a assegurar o Respeito pela Intimidade (OE - Conselho Jurisdicional, 2015).

Este aspeto assumia particular relevância em contexto de UCI, no qual a pessoa sob sedação se encontra com alteração do estado de consciência, ou impossibilitada de expressar oralmente a sua vontade (Morais et al., 2021), mas também em contextos como o SUP ou Hospital de Campanha, onde pela excessiva afluência, ou pela sobrelotação do espaço físico, era necessário recorrer a cortinas, biombos, e, muitas das vezes, ao próprio corpo do profissional para minimizar a exposição da PSC, assegurando a sua dignidade e privacidade. Releva-se também, quando em contexto pré-hospitalar, se privilegiava a abordagem/exposição da vítima dentro da célula sanitária da ambulância. Neste contexto, destaca-se uma situação de uma senhora com PCR presenciada à chegada da equipa ao local, tendo sido iniciado protocolo ECPR. Na realização do transporte da senhora para o hospital, além do cumprimento do algoritmo de SAV, procurou-se cobrir o seu corpo, minimizando a exposição perante os transeuntes. Esta situação induziu a reflexão acerca do papel do enfermeiro mestre e especialista na adoção de uma conduta antecipatória em assegurar a privacidade e dignidade da pessoa.

No âmbito do respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais, partilha-se uma situação da prestação de cuidados em UCI a uma jovem de 16 anos, internada por rejeição de transplante pulmonar, sob medidas de isolamento protetor, ventilação invasiva, e ECMO. Sendo menor, a mãe permanecia 24 horas na UCI (ao abrigo da Lei nº 15/2014), o que suscitou a reflexão acerca do papel do enfermeiro mestre e especialista em garantir o direito de a criança ser acompanhada (Princípio da Beneficência), sem descurar a sua segurança no cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção (Princípio da Não Maleficência), instruindo e supervisionando a mãe na adoção dessas práticas, de modo que ambos os princípios não se excluíssem mutuamente (OE,2015).

Neste domínio, foi possível desenvolver competências ao prestar cuidados a um jovem, com uma fratura exposta do membro inferior, no SUP. Aquando da realização da verificação pré-cirúrgica, o jovem pediu encarecidamente que não retirasse um cordel que tinha atado à cintura, pois segundo ele era um amuleto com valor espiritual/religioso, do qual não se queria desvincular, num momento de particular suscetibilidade como a cirurgia. Perante isto, procurou-se respeitar as suas crenças, mantendo-o, mas sem descurar as questões inerentes à prevenção e controlo de infeção, tendo alertado a equipa do bloco para este aspeto. Esta situação potenciou o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais da pessoa cuidada, a par do contacto com a população do SUP, predominantemente constituída por uma heterogeneidade de comunidades imigrantes.

No que concerne ao cumprimento do dever de sigilo e confidencialidade, este constituía-se como um desafio no SUP, principalmente na passagem de turno, motivado pela afluência e sobrelotação. No decurso do exercício profissional, devem ser salvaguardados os direitos dos utentes no que respeita à privacidade e confidencialidade, principalmente nas informações transmitidas diante de terceiros (OE, 2001). Perante este dever, e considerando que para promover a segurança da PSC a passagem de informação deve ser realizada à cabeceira (Olinio et al., 2019), o posicionamento e o tom de voz foram uma preocupação, de modo que a informação não fosse audível pelas demais pessoas.

Adicionalmente, torna-se pertinente mencionar as situações de PCR com decisão de suspensão das manobras de reanimação, pela equipa multidisciplinar. Estas decisões suscitaram a reflexão sob o ponto de vista ético e deontológico, nomeadamente naquilo que são os Princípios da Beneficência (revertendo a situação de PCR), *versus* Não Maleficência (considerando o prognóstico reservado). A vivência destas situações com posterior análise de sentimentos por vezes despoletados, como impotência e frustração, foi consolidada através da discussão da legislação vigente, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Código Deontológico do Enfermeiro, concluindo que o enfermeiro deverá assegurar o direito primordial da pessoa a morrer com dignidade (OE, 2015), omitindo tratamentos inúteis, ou interrompendo meios artificiais, quando fúteis.

Ainda neste domínio, mencionam-se as situações em que na chegada ao local a equipa se deparava com cadáveres, no qual o enfermeiro tinha um papel distinto em preservar a dignidade daquela pessoa, quer fosse pelo seu posicionamento (por exemplo, retirando do chão), quer pela minimização da exposição, perante os envolventes.

Por último, a participação no projeto InfPrev4frica permitiu o desenvolvimento de competências neste domínio, mas na vertente de investigação, ao acompanhar o processo de submissão do pedido para desenvolver o estudo de investigação primária às Comissões de Ética.

No Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, salienta-se o desenvolvimento das competências B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas na área da governação clínica, B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro, pelo contacto com iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, procurando conhecer os projetos de melhoria contínua existentes nos contextos.

Neste domínio, existiu a oportunidade de discutir, com um enfermeiro gestor da UCI, dados referentes às taxas de utilização e infeção de dispositivos, com enfoque em estratégias de sensibilização da equipa de enfermagem para adesão às boas práticas. Durante esse turno, houve ainda a oportunidade de partilhar alguns dados referentes à taxa de infeção do cateter venoso periférico em UCI, provenientes de um trabalho desenvolvido na UC Promoção da Segurança e Gestão de Risco. O tratamento e análise destes dados origina indicadores de resultado, que permitem identificar estratégias passíveis de transpor para a própria realidade profissional, como indicadores de processo. Este momento permitiu desenvolver competências na área da governação clínica, mobilizando conhecimentos com vista à melhoria contínua da qualidade e reconhecendo a importância da avaliação das práticas em função dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A mobilização dos resultados deste trabalho, permitiu rentabilizar ativamente as oportunidades de aprendizagem, transpondo-as do contexto académico para o contexto clínico.

Adicionalmente, aquando da realização da *checklist* informática de verificação de segurança no início do turno em UCI, foi identificada uma oportunidade de melhoria, na parametrização informática da prescrição dos parâmetros ventilatórios do doente, para que o enfermeiro os possa validar, e que foi reportada à enfermeira chefe.

Outra atividade desenvolvida neste âmbito, foi a colaboração com o Grupo de Gestão do Risco da UCI, através da participação numa reunião do mesmo, intervindo na discussão de oportunidades de melhoria em matéria de segurança, com base em dados de auditorias prévias. Perante a análise destes dados, foi manifestada a iniciativa de colaborar na criação e dinamização de uma sessão de formação, em parceria com o grupo de trabalho, intitulada “Promoção de Segurança na Unidade x: Que desafios?”, pelo que

ser manteve o contacto com o serviço para a sua execução, posteriormente ao término do estágio, contando com adesão de aproximadamente cinquenta enfermeiros (anexo VIII).

Também o acompanhamento de uma Consulta de *follow up* na UCI permitiu perceber o impacto do internamento e das transições vividas durante o mesmo, na PSC e respetiva família. Nesta consulta era realizada uma avaliação médica e de enfermagem, podendo recorrer-se à aplicação escalas (como stress pós-traumático), e encaminhando a pessoa para outras áreas de especialidade, em caso de necessidade.

Já em contexto de mobilidade houve a oportunidade de discutir boas práticas que concorrem para a promoção da segurança da pessoa em situação de urgência/emergência, quer no que respeita à simulação, quer no contexto de UCI, onde se identificaram medidas transponíveis para a minha realidade (como organização dos carros de emergência, utilização da escala de MEWS, identificação e preparação de fármacos, na abordagem da PSC através da VV AVC). Outra medida instituída neste contexto é a realização de uma formação obrigatória para todos os colaboradores (profissionais e estudantes), denominada *security course*, no sentido de mitigar o risco, por exemplo, na prevenção de incidentes com corto-perfurantes.

Na continuidade do referido, destaca-se uma situação de PCR em que foi possível integrar a equipa do SUP. No final da mesma, foi possível propor um *debriefing*, considerando os seus benefícios (Conoscenti et al., 2021; Dewolf et al., 2021). Esta proposta foi bem acolhida pelos elementos, culminando na identificação de outras oportunidades de melhoria.

Além do exposto, o acompanhamento do trabalho do enfermeiro no projeto de melhoria contínua IURGENCIA, permitiu a consciencialização do impacto da informação e da integração da família/pessoas significativas na prestação de cuidados, nomeadamente na amenização da ansiedade, vulnerabilidade, sofrimento e disrupção da vida familiar, associada à transição saúde/doença (Meleis et al., 2000). Esta reflexão vai ao encontro do referido por (Benner, 2001) nomeadamente que o enfermeiro perito, no relacionamento com os familiares, não se resume àquilo que é padronizado, mas antes, procura envolver-se de acordo com as necessidades e recetividade de cada um.

No que concerne à utilização de indicadores e instrumentos para avaliar as práticas clínicas, no SUP, é utilizada a escala *Jones Dependency Tool*, que avalia a carga de trabalho de Enfermagem, relacionado com o grau de dependência da pessoa, a par da escala de *Braden e Morse*, o que permitiu a consciencialização para a importância do seu

preenchimento, com repercussão nos rácios da equipa de enfermagem e, complementarmente, na qualidade dos cuidados prestados e segurança da PSC.

Já na UCI, operacionalizando o proposto, em 2018, pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Parecer N° 15/2018), os enfermeiros dispõem dos instrumentos *Therapeutic Intervention Scoring System* e *Nursing Activities Score*, que permitem quantificar a carga de trabalho de enfermagem, traduzindo-se no tempo estimado de cuidados para cada pessoa, o que contribui para a sustentação da constituição das equipas de enfermagem em instrumentos cientificamente aceites.

No Domínio da Gestão de Cuidados, foram desenvolvidas as competências C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, através das atividades que se explicitam em seguida.

O acompanhamento dos enfermeiros no planeamento da operação em que se integrava o Hospital de Campanha, permitiu compreender alguns dos requisitos a considerar no que respeita à gestão dos recursos materiais e humanos, subsidiando este planeamento em matrizes de avaliação de risco (Norma 003/2023).

Adicionalmente, os turnos realizados com um enfermeiro chefe de equipa do SUP, permitiram a discussão de estratégias de otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, sendo possível identificar os distintos papéis de todos os membros da equipa, e percebendo como adaptavam o estilo de liderança, de modo a favorecer a melhor resposta da equipa. Exemplo do referido é a metodologia de realização de escalas (contemplando no mínimo onze elementos com maior perícia), assim como a mobilização de elementos durante o turno (consoante a afluência de doentes, gestão de salas/espço físico, ou a realização de transportes/transferências).

No que respeita à adaptação da liderança ao contexto e à gestão dos recursos existentes, a oportunidade de o experienciar surgiu na VMER, onde a equipa pode englobar, além do enfermeiro e médico, bombeiros, psicólogos, ou forças de segurança. Atendendo a esta versatilidade, a comunicação entre os diferentes intervenientes é fundamental na abordagem/estabilização da PSC, na sua mobilização desde o local da ocorrência até à ambulância, e respetivo transporte, pois tal como a evidência demonstra, a liderança impacta o desempenho da equipa e o *outcome* da PSC (Murphy et al., 2019). Rowland e Adefuye, (2022) afirmam que o trabalho de equipa entre a equipa pré-

hospitalar é essencial na gestão da pessoa em situação de urgência/emergência, sendo muitas das vezes um fator predisponente à ocorrência de erros evitáveis.

Além do referido, considera-se que foram desenvolvidas estas competências em situações de urgência/emergência, pela integração das equipas multidisciplinares, desempenhando diversas funções, desde a avaliação/abordagem da PSC, contemplando a respetiva intervenção e monitorização dos resultados (Meyer & Lavin, 2005).

Paralelamente, a participação como moderadora no *1 International Webinar - Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the critically ill person - Management and leadership in critical care nursing: pre-hospital, emergency & intensive care* (anexo IX), proporcionou a partilha de estratégias de liderança, por parte de enfermeiros gestores, desde o pré ao intra-hospitalar, e em situações de exceção, permitindo também desenvolver competências comunicacionais e de gestão de grupos.

Complementarmente existiu a oportunidade de assistir ao *webinar "Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe"*, promovido pela *Ocean Medical*, onde foram abordados temas como a gestão da triagem em contexto de catástrofe, gestão e liderança na abordagem à PSC e liderança nos vários cenários de emergência, contribuindo para o aumento de conhecimento nesta área (anexo X).

Destaca-se ainda a participação no projeto InfPrev4frica, concorrendo para o desenvolvimento da liderança e mediação de dinâmicas de trabalho em grupos, através da dinamização de reuniões transnacionais, num ambiente multicultural.

No Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais destaca-se o desenvolvimento da competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e assertividade, na qual foi preponderante uma situação que motivou um dos jornais de aprendizagem em contexto de SUP. Esta situação envolveu a prestação de cuidados a uma puérpera admitida por crises convulsivas, o que motivou o meu confronto com a prestação de cuidados a um recém-nascido e ao seu pai. Pelo exposto, a situação fomentou o desenvolvimento de autoconsciência, permitindo reconhecer limitações enquanto pessoa e profissional. Perante as necessidades manifestadas pela tríade familiar, foi necessário referenciar para outros profissionais, como os cuidados de saúde primários, serviço de urgência pediátrico, e assistente social. Acresce a necessidade de resposta a dimensões que não se dominam, como prestar cuidados a um recém-nascido, que claramente estimularam o desenvolvimento da assertividade e do autoconhecimento.

Relativamente à competência D2: Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica, procurou-se ao longo de todos os contextos alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido e atual. Assumindo a responsabilidade de ser facilitadora da aprendizagem, na prestação de cuidados na sala de emergência, foi perceptível a manifestação por parte de alguns enfermeiros, da necessidade de formação na manipulação de dispositivos na abordagem da vítima de trauma, sendo recomendável que todos os profissionais dos Centros de Trauma possuam formação neste âmbito (Despacho nº 10319/2014, 2014b).

Considerando a experiência de integrar o grupo de trabalho do curso de trauma para enfermeiros do serviço de urgência onde se exercem funções, foi partilhada a predisposição para colaborar na dinamização de uma sessão de formação, que culminou na constituição de um grupo de trabalho no contexto de ensino clínico: o Grupo de Formação em Trauma. Neste sentido, proporcionou-se a colaboração no planeamento e dinamização do curso, o que implicou, novamente, o regresso a este contexto de ensino clínico após o término do estágio, para a sua operacionalização (anexo XI). Durante este processo foi-me possível mobilizar, através de uma articulação teórico-prática, os conteúdos aprendidos no curso *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) e na frequência da *Masterclass* “Imobilização e Transporte da Vítima de Trauma: As Novas Orientações”.

Fruto da análise reflexiva em contexto de ensino clínico com o enfermeiro orientador, decorrente de uma situação da prestação de cuidados, desenvolveu-se um segundo jornal de aprendizagem em contexto de SUP, através do ciclo de Gibbs (2013), onde se refletiu acerca da intervenção do enfermeiro especialista na abordagem da pessoa em situação de urgência/emergência, e do seu papel na promoção da segurança, através da vigilância e deteção precoce (Meyer & Lavin, 2005), pois com base em novos insights, novas perspetivas, pode-se agir de forma diferente (Waldow, 2009). Assim, obtiveram-se ganhos na sensibilização para a importância do trabalho de equipa, na transmissão de informação pertinente e respetiva documentação exata, assim como no papel do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança no seio da equipa.

Detalhando o desenvolvimento da competência D2, na sustentação da prática clínica em evidência científica, ressalva-se a colaboração no estudo qualitativo e quantitativo do projeto InfPrev4frica para diagnóstico de situação no âmbito da prevenção e controlo das IACS, e na dinamização de *workshops*, fomentando a utilização

das tecnologias de informação neste âmbito. Paralelamente, procurou-se partilhar boas práticas e alguns resultados preliminares da investigação, participando no 2º Encontro de Boas Práticas *Alumni* ESEL, na qualidade de preletora, o qual possibilitou o contacto com outros projetos de melhoria contínua no âmbito da promoção da segurança (anexo XII).

Com vista a contribuir para o desenvolvimento da prática especializada, a realização do estudo de caso “Intervenção Especializada De Enfermagem Na Pessoa Com Síndrome De Encefalopatia Posterior Reversível: Um Caso Clínico”, decorrente de uma situação da prestação de cuidados em SUP, e apresentado no 3º *Webinar* Nacional e 1º *Webinar* Internacional do Departamento de EMC/Adulto e Idoso-ESEL (anexo XIII): Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico, proporcionou a reflexão sistematizada e abrangente sobre os cuidados prestados, à luz da mais recente evidência.

Outro contributo na sustentação da prática em evidência científica, foi a participação enquanto membro integrante da equipa multidisciplinar representante de Portugal no concurso de SAV do congresso RESUS’23 (anexo XIV), que permitiu o treino de competências através da simulação, com posterior *debriefing* estruturado, dinamizado por peritos internacionais, possibilitando a análise do desempenho (quer da própria equipa, quer de equipas internacionais) na abordagem à PSC adulta e pediátrica.

Noutra perspetiva, a oportunidade de integrar o júri do concurso *Code Blue*, de Suporte Básico de Vida, no Congresso Internacional de Emergência’23 (anexo XV), permitiu operacionalizar alguns dos resultados da RIL, no que concerne ao treino através da simulação e feedback, em simultâneo com o contributo para a aprendizagem de pares.

O estágio de curta duração em mobilidade, por sua vez, permitiu adquirir conhecimentos no âmbito das boas práticas mencionadas anteriormente, concorrendo para o desenvolvimento das minhas próprias aprendizagens profissionais. Um exemplo disso, foi a verificação dos recursos da equipa de emergência intra-hospitalar, que propiciou a partilha, por parte do enfermeiro chefe, de um artigo referente às vantagens da utilização de seringas pré-cheias de drogas de emergência, o qual foi partilhado posteriormente serviço onde se exercem funções (Barbariol et al., 2021).

Além do referido, a realização da *clinical scape room* e entrevista com o responsável pela dinamização do centro de formação, permitiu aprofundar conhecimentos sobre uma estratégia de desenvolver competências que concorrem para a promoção da segurança, a par do pensamento crítico e trabalho de equipa. O estágio de curta duração neste

contexto proporcionou o contacto com a prática baseada na evidência no âmbito da simulação, utilizada como estratégia formativa da equipa multidisciplinar. Este foi um contexto no qual o enfoque no desenvolvimento de competências transcendeu a prestação de cuidados, centrando-se na discussão e reflexão, particularmente das medidas promotoras da segurança da PSC instituídas.

A análise das experiências que permitiram o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, consubstancia o atingimento dos objetivos: refletir sobre a intervenção do enfermeiro mestre/especialista na prestação e gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica e respetiva família nos diversos contextos e divulgar a mais recente evidência científica na sustentação da prática de enfermagem especializada. O caminho percorrido para atingir estes objetivos, resultou no incremento das capacidades reflexivas, aliando-se a habilidade para realizar divulgação da mais recente evidência científica na sustentação da prática de enfermagem especializada, o desenvolvimento de competências comunicacionais, de raciocínio clínico diferenciado e de moderação e liderança de grupos. Para além de alcançar os diferentes domínios de competência, obteve-se, em simultâneo, contributos transponíveis para contexto da prática profissional.

2.3 – Competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC

Nos diferentes contextos de ensino clínico, foram inúmeras as situações que concorreram para o desenvolvimento destas competências, pelo que se destacam apenas algumas das consideradas mais relevantes.

Na competência *Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*, destaca-se uma situação da prestação de cuidados a uma jovem de 19 anos internada por choque hemorrágico após aborto espontâneo, sob ECMO, na UCI. De acordo com a Mesa do Colégio da Especialidade de EMC da OE (2021), a ECMO constitui-se como um suporte de vida baseado na circulação e oxigenação extracorporeal do fluxo de sangue, tendo como génese o suporte circulatório por *bypass cardiopulmonar*. A promoção da segurança da pessoa sob ECMO, implica, neste contexto, o preenchimento de uma folha de verificação no início de cada turno, que contempla parâmetros do dispositivo, a vigilância do membro de canulação e do local de inserção, corroborando a importância das *checklists* na promoção da segurança da PSC (Han & Roh, 2020).

Esta e outras situações similares, permitiram o desenvolvimento da competência tecnológica como forma de conhecer a pessoa no seu todo (o que se traduzia, por

exemplo, no reconhecimento de padrões hemodinâmicos aquando do posicionamento), encarando-a como ser dinâmico que é na sua totalidade (Locsin, 2005). Especificamente na situação referida, cujo prognóstico era desfavorável, os familiares tornaram-se um foco de atenção de enfermagem prioritário, pois mostravam-se bastante vulneráveis na gestão desta transição de saúde/doença (Meleis et al., 2000), o que sensibilizou para a importância de aliar e cuidar da família, pois o internamento em UCI impacta a dinâmica familiar, assim como a relação de confiança enfermeiro/pessoa nuclear ao Cuidado Fundamental (Kitson, 2018). Esta situação implicou ainda a gestão de protocolos terapêuticos complexos, como a monitorização da anticoagulação necessária à manutenção do circuito, aspeto indissociável da vigilância de enfermagem, na minimização e antecipação de eventuais riscos, como iatrogenias hemorrágicas (Meyer & Lavin, 2005). Esta competência foi também desenvolvida através do cuidado à pessoa sob ventilação mecânica invasiva e não invasiva, submetida a diferentes tipos de monitorização e sob técnicas de substituição da função renal contínuas, por permitirem perceber a individualidade presente na integração da tecnologia nos cuidados, e a importância de a perspetivar como um meio na abordagem da PSC (Locsin, 2013) que permite recolher informação acerca da pessoa. Inevitavelmente, o enfermeiro mestre e especialista é preponderante na promoção da segurança (seja pela realização de *checklists* de verificação, pelo ajuste e monitorização de alarmes/parâmetros).

Ainda relativamente à administração de protocolos terapêuticos complexos houve a oportunidade de gerir, em algumas situações da prestação de cuidados na UCI, o protocolo de administração de insulina, que visa valores alvo de glicémia <180 mg/dl, uma vez que a hiperglicemia está associada a um aumento da mortalidade (Singer et al., 2019). Além deste, contactou-se com o protocolo de sedoanalgesia, do qual se releva uma situação de prestação de cuidados à pessoa sob perfusão de dexmedetomidina. O contacto com este fármaco, previamente desconhecido, sensibilizou para a importância da deteção precoce de possíveis complicações, uma vez que um dos seus efeitos secundários é diminuição da frequência cardíaca e da tensão arterial. Assim, torna-se fundamental que além dos valores monitorizados (Locsin, 2005) o enfermeiro atribua significado/releve o seu significado, antecipando riscos que possam advir (Meyer & Lavin, 2005).

Em contexto de SUP, procurou-se realizar turnos em todos os setores, de modo a conhecer o circuito percorrido pela pessoa e a dinâmica organizacional/funcional do

serviço. Após a familiarização com o mesmo, a maioria dos turnos foram realizados na sala de emergência, de modo a desenvolver competências de enfermagem especializadas no cuidado à pessoa/família em situação de urgência/emergência.

Iniciou-se por um turno na triagem, setor onde se destaca a multiplicidade de encaminhamentos existentes (inversamente à realidade do contexto onde se exercem funções), o que acresce a complexidade do processo de tomada de decisão do enfermeiro. A triagem permite a identificação de uma prioridade clínica, com posterior alocação da pessoa à área de atendimento mais adequada. A tomada de decisão suportada em algoritmos, permite uma atuação centrada por prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa, promovendo a segurança (Norma 002/2018, p.15).

Além do referido, e indo ao encontro de Benner et al. (2011), neste setor é necessária a integração de experiência e conhecimento, acerca dos recursos e do processo de saúde/doença, exigindo capacidade de reconhecer aspetos revelantes da situação – característica do enfermeiro perito mencionada por Meyer e Lavin (2005), na identificação de sinais/sintomas significativos. Esta característica permite discernir situações não urgentes, de emergentes, exigindo um treino do juízo clínico do enfermeiro, que se repercutirá, inevitavelmente, na resposta, no percurso e tempo de permanência da pessoa no serviço.

Já no setor balcão ambulatorio, destaca-se a importância da priorização, nomeadamente através da mobilização de múltiplos conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística (Benner et al, 2011). Em alguns momentos detetaram-se situações que exigiam intervenção imediata através da observação (como alteração do estado de consciência com palidez e sudorese, que após avaliação foi objetivada uma cetoacidose diabética), referenciando ao enfermeiro chefe de equipa ou escalando o nível de vigilância da pessoa, com transferência para a sala de emergência ou SO.

Neste setor, além da priorização, releva-se a realização do acolhimento da pessoa, validando alergias. Esta validação e respetivo registo, constitui-se como uma prática promotora da segurança do doente, em consonância com o Pilar 5 “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”, do Plano Nacional da Segurança do Doente 2021-2026.

No setor SO foi possível gerir protocolos terapêuticos complexos (por exemplo, cuidando da pessoa sob perfusão de amiodarona, ou labetalol), nas quais, além de vigiar

possíveis efeitos secundários, se ajustaram os alarmes à sua individualidade, com o intuito de diminuir o ruído, promovendo o conforto e segurança.

Na sala de emergência, existem diversas *checklists* de segurança, desde a operacionalidade do carro de emergência, até à operacionalidade da própria sala. Neste âmbito, houve a oportunidade de participar numa formação em serviço acerca da organização dos carros de emergência do serviço, cujo conteúdo corroborou os resultados da RIL. A abordagem inicial da PSC na sala de emergência segue a metodologia ABCDE (*airway/breathing/circulation/disability/exposure*), sendo esta uma avaliação que procura identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida (INEM, 2020), mobilizada na abordagem da PSC, e para a qual concorreram os contributos da frequência do curso de SAV, SAV Pediátrico e ATCN.

Neste setor foi possível gerir protocolos terapêuticos complexos, e prestar cuidados à pessoa integrada na VV coronária, VV trauma, VV AVC, à pessoa em PCR, cuidados pós reanimação, abordagem às vítimas de trauma, entre outros.

Destaca-se a prestação de cuidados a um senhor admitido por prostração e hipotensão, no qual a observação alertou para o seu abdómen distendido, com palidez associada. Este aspeto direcionou a intervenção para um possível choque hemorrágico, sugerindo à equipa a ativação do protocolo de transfusão maciça, e antecipando a colheita de espécimes, durante a abordagem inicial do senhor (no âmbito da circulação). Após realização de exames complementares de diagnóstico confirmou-se uma hemorragia de uma massa hepática, que culminou numa situação de peri-paragem, onde a deteção precoce, a abordagem sistematizada e o trabalho de equipa foram fulcrais.

Adicionalmente, foram prestados cuidados ao potencial dador de órgãos/tecidos, o que me permitiu desenvolver esta competência, atuando consoante o protocolo vigente na instituição, no que respeita à doação de córneas (nomeadamente a hidratação ocular), percebendo o papel do enfermeiro especialista na otimização de cuidados à PSC.

Em todos estes setores foi possível objetivar intervenções promotoras da segurança da pessoa em situação de urgência/emergência, como o preenchimento de *checklists*, *handover* à cabeceira e utilização de grelha de avaliação de risco de transporte (intra e inter-hospitalar). Complementarmente acompanhou-se a pessoa durante transportes intra e inter-hospitalares, nos quais se procurou antecipar eventuais riscos, assegurando a existência da devida monitorização, fármacos/equipamento para a sua efetivação). O

transporte é um momento de suscetibilidade da PSC, pelo que deve ser antecipado o risco de possíveis eventos adversos e tomadas medidas preventivas, especialmente nas fases de maior risco: nos primeiros 5 minutos do transporte, na passagem do doente e no transporte prolongado (> 30 minutos) (Ordem dos Médicos, Colégio de Medicina Intensiva, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Atendendo ao exposto, e considerando a atividade profissional exercida noutro serviço de urgência geral, a realização de ensino clínico neste contexto revestiu-se da maior importância, pela possibilidade de confrontar criticamente a realidade do contexto habitual, com as práticas implementadas num outro serviço de urgência, colocando em perspetiva as próprias práticas.

Considerando as características do serviço, este predispõe ao desenvolvimento de competências mobilizando a vigilância na deteção precoce (Meyer & Lavin, 2005), no estabelecimento da relação com a PSC/família nuclear ao cuidado fundamental (Kitson, 2008) e, ainda, nos setores com capacidade de monitorização, de desenvolver o que Locsin (2008) designa por conhecimento tecnológico da pessoa.

O estágio na VMER permitiu perceber o impacto do contexto (Kitson, 2018) na metodologia de trabalho da equipa (por exemplo, por questões de segurança) e no estabelecimento de relação com a PSC/família. Neste contexto identifica-se a relevância da perícia do enfermeiro (Benner et al, 2011), na tomada de decisão e identificação de sinais clinicamente significativos (Meyer & Lavin, 2005), em situações em que é exigida tomada de decisão com informação limitada, e condições de trabalho adversas, como luminosidade, ruído ou temperatura.

Considerando a temática de interesse, salienta-se a oportunidade de intervir numa VV PCR/ECPR, inclusive observando a dinâmica da equipa na abordagem já na unidade de destino, onde se objetivou a clara definição de papéis dos elementos, com recurso a cartões de ação, assim como os registos do procedimento em formulário próprio.

Neste contexto também foi possível contactar com a ativação da VV coronária, acompanhando o transporte de um senhor com enfarte agudo do miocárdio até à unidade de hemodinâmica, e promovendo a sua segurança durante o transporte, monitorizando-o com recurso a pás multifunções. De acordo com o Departamento de Emergência Médica (2021), na presença de alterações eletrocardiográficas acompanhadas de instabilidade hemodinâmica o risco de PCR é elevado, sendo os elétrodos multifunções considerados o *standard* na abordagem.

No que se refere à gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC, ao longo da prestação de cuidados na UCI, foi perceptível que, muitas vezes, eram os familiares os primeiros a identificarem sinais de desconforto, ainda antes da pessoa se manifestar. A dor, sendo uma sensação subjetiva, pode ter diferentes manifestações, como expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, inquietação e perda de apetite (OE, 2008).

De acordo com a OE (2008), a escala visual numérica permite avaliar a intensidade da dor relatada pelo doente. Já na pessoa impossibilitada de comunicar, a dor deve ser avaliada a partir de indicadores comportamentais, por exemplo, com a *Behavioural Pain Scale (BPS)*. Esta é, efetivamente, a escala que integra o protocolo de sedoanalgesia vigente na UCI, cuja utilização contribuiu para desenvolver a competência da gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC. A par desta, foi possível contactar com a escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale*, preconizando-se um valor entre o -2 e 0 (sedação leve/alerta), de acordo com as recomendações da *Society of Critical Care Medicine's* (Devlin et al., 2018). A utilização destes instrumentos contribuiu para perceber o seu impacto nos ganhos em saúde, a par do papel do enfermeiro mestre/especialista na sua utilização, desenvolvendo uma prática profissional, ética, que contribui para a satisfação e bem-estar do cliente.

Além do que já foi referido, na situação da jovem menor, a sua mãe também necessitava de ser cuidada, uma vez que vivia na UCI para cuidar da filha, cabendo aos enfermeiros promoverem o seu autocuidado. Esta experiência revestiu-se da maior importância neste percurso, assimilando aquilo que é o papel do enfermeiro especialista em assistir a pessoa/família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença, e na gestão da relação terapêutica.

A prestação de cuidados a esta jovem desconstruiu alguns dos meus estereótipos relativamente à UCI, pois apesar de ventilada orotraquealmente, comunicava não verbalmente e selecionava o canal de televisão que pretendia. Neste sentido, foram desenvolvidas competências no âmbito da gestão da comunicação interpessoal, mobilizando as estratégias comunicacionais, como o uso de um quadro e marcador.

De um outro modo, no que concerne à gestão diferenciada da dor e bem-estar, foi possível implementar intervenções autonomamente em contexto de SUP, como a otimização do posicionamento, ou aplicação de gelo.

Neste domínio houve a oportunidade de desenvolver competências na assistência à família na dignificação da morte e processos de luto, ao prestar cuidados ao corpo pós-morte, procurando minimizar a exposição de lesões, para que a família o pudesse observar, procurando atenuar o impacto deste momento, apoiando e respeitando o processo de luto.

Releva-se novamente a situação da prestação de cuidados à puérpera e respetiva família (recém-nascido e pai). Esta situação permitiu-me desenvolver competências no âmbito da gestão da comunicação interpessoal, do estabelecimento da relação terapêutica, e ainda, no assistir a família da PSC nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde. Detalhando, nesta situação fui induzida a perspetivar a família enquanto parceira, mas, simultaneamente, foco de atenção de enfermagem, procurando dar resposta às suas necessidades (nomeadamente o conhecimento do pai a cerca da alimentação com biberão, e o reflexo de sucção do bebé/adesão ao leite artificial, considerando a necessidade de separação da mãe nas primeiras horas da sua estabilização). Sendo a família uma unidade básica do cuidar, o enfermeiro perito em cuidados críticos deverá encará-la como uma extensão da PSC, pelo que se torna fulcral a sua inclusão nos cuidados (Benner et al, 2011). Na sua área de competências, o enfermeiro especialista possui uma visão abrangente da PSC e respetiva família. Através da vivência destas situações, conseguiu-se mudar a perspetiva acerca da prestação de cuidados à família da PSC, contrariando a tendência de privilegiar os cuidados à pessoa, em detrimento da sua família.

Relativamente a *Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*, importa enquadrar que numa situação de exceção se verifica um desequilíbrio entre as necessidades existentes e os recursos disponíveis (INEM, 2012).

Já uma catástrofe consiste num acontecimento súbito quase sempre imprevisível, afetando intensamente as condições de vida e socioeconómicas (INEM, 2012). O enfermeiro tem um papel fundamental em todas as fases do ciclo da catástrofe, devendo possuir determinadas características para exercer neste contexto. Para tal, o *International Council of Nurses* (2022) definiu competências do enfermeiro em catástrofe, das quais se destacam: preparação e planeamento, comunicação, gestão de incidentes/segurança, avaliação,

intervenção, recuperação, ético-legal, prevenção e controlo de infeção e manutenção de ambiente seguro. Na fase de resposta à catástrofe/situações de exceção, o enfermeiro pode prestar cuidados no Hospital de Campanha, que consiste numa estrutura sanitária (móvel ou fixa), autossuficiente, capaz de ser implantada rapidamente (OMS, 2021b).

Esta competência foi possível de desenvolver através do contributo de todos os contextos, contudo considera-se que o contexto de Hospital de Campanha foi crucial. Neste contexto houve a oportunidade de desenvolver a competência de planeamento de resposta à situação de catástrofe, ao acompanhar os enfermeiros gestores nas reuniões de planeamento, ao aprofundar conhecimentos no âmbito dos Planos Nacionais, Distritais e Municipais, e através da visita ao posto de comando no local da operação. Estas atividades, proporcionaram também a familiarização com os conceitos inerentes ao Mecanismo Europeu de Proteção Civil/Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS).

A prestação de cuidados em jornada contínua facilitou a integração na equipa multidisciplinar e fomentou uma melhor perceção da gestão das necessidades individuais e de grupo (considerando as restrições relativamente ao sono/repouso).

No que concerne a cuidar da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe, esta competência foi desenvolvida através das diversas situações da prestação de cuidados. Na triagem foi mobilizado o instrumento da OMS *WHO International Committee of the Red Cross Integrated Triage Tool* para triar e posteriormente encaminhar as pessoas, acionando o psicólogo, quando necessário. Além da triagem, foram prestados cuidados nos diferentes setores do hospital, inclusive a pessoas em situações de urgência/emergência, como no caso de uma alteração do estado de consciência no contexto de uma hipoglicemia, a par de situações de taquidisritmias com necessidade de cardioversão química – gerindo protocolos terapêuticos complexos, em contexto de exceção.

Destaca-se que, no dia de maior afluência da operação, o confronto com a finitude de recursos materiais/humanos, induziu a necessidade de priorizar a abordagem à PSC, e gerir o espaço físico, contribuindo para o desenvolvimento da competência de gestão de cuidados em situações de emergência/exceção.

No âmbito de intervenções que concorrem para a promoção da segurança da pessoa em situação de urgência/emergência, ressalva-se a utilização de um instrumento de registos de enfermagem em papel, que congrega dados de identificação da pessoa, dispondo da escala de NEWS (*National Early Warning Score*) e preconizando a metodologia

ISBAR para transmissão de informação na transição de cuidados, indo ao encontro da Norma 001/2017 da DGS (2017) e dos resultados da RIL.

Relativamente à comunicação, houve a oportunidade de mobilizar comunicações de emergência, ao comunicar via rádio com o CODU, para articulação de transferências.

O contexto de Hospital de Campanha constituiu-se como particularmente desafiante na vigilância da PSC (Meyer & Lavin, 2005), nomeadamente na atribuição de significado e antecipação, exigindo perícia na deteção precoce (Benner, 2001).

No contexto de SUP foi possível tomar conhecimento do plano de catástrofe interno e externo, a par do kit de triagem multivítimas existente no serviço - *Simple Triage And Rapid Treatment* (START), os quais se discutiram com o enfermeiro orientador. Cada SU deve possuir um plano de catástrofe, que inclua a resposta a situações multivítimas, indo ao encontro das orientações da DGS (Despacho nº 10319/2014, 2014a).

Já no contexto VMER, no momento de verificação da carga da viatura, contactou-se com o kit de triagem primária multivítimas existente, preconizado pelo INEM. Ainda neste contexto, foi-me possível ter outra perspetiva acerca da utilização de comunicações de emergência, através da comunicação via rádio, alta e baixa frequência.

Paralelamente, houve a oportunidade de colaborar, na qualidade de formadora, num exercício Municipal de Proteção Civil, LIVEX - "MASCAL 2023", desenvolvido no âmbito da Pós-Graduação em Emergência Médica e Catástrofe do Instituto Politécnico de Leiria e *Ocean Medical*, creditada pela OE. Neste exercício, através de um ambiente simulado, os formandos geriram a resposta de emergência a 5 cenários multivítimas, durante 72h. Esta participação, além de permitir desenvolver competências no âmbito da formação de pares e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, permitiu aprofundar conhecimentos acerca da mobilização real dos meios/recursos envolvidos nas ações de reposta.

Por último, relativamente à competência inerente à preservação de vestígios de indícios de prática de crime, obtiveram-se contributos para o seu desenvolvimento em contexto de VMER. Mais concretamente, reporta-se a uma situação de PCR não presenciada, num senhor de 40 anos, que à chegada da equipa se encontrava cadáver (sem indicação para manobras de reanimação). Nesta situação, tendo em conta que o contexto era desconhecido, a história relatada pelos presentes apresentava algumas incongruências e envolvia a presença de menores, foi ativada a Unidade Móvel de

Intervenção Psicológica de Emergência do INEM, e tentou-se minimizar o contacto com o corpo/objetos, preservando eventuais vestígios de crime.

O percurso até aqui descrito e exemplificado com atividades e situações que contribuíram para o desenvolvimento destas competências, permitem considerar que os objetivos no âmbito da prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica nos contextos pré e intra-hospitalar foram atingidos.

Contudo, a intervenção do enfermeiro especialista em EMC-PSC contempla ainda a maximização da intervenção na prevenção e controlo de 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.

As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde (DGS, 2017), o que assume particular relevância na PSC, uma vez que se encontra exposta a cada vez mais tecnologias e dispositivos invasivos, aumentando a sua suscetibilidade à infeção. Pelo exposto, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, constitui-se como um dos programas prioritários, no qual o enfermeiro especialista em EMC-PSC, assume um papel preponderante na sua difusão, implementação e supervisão das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). As PBCI consistem em boas práticas a adotar por todos os profissionais, com vista a minimizar o risco de infeção e transmissão cruzada (DGS, 2017).

Ao prestar cuidados nos diferentes contextos, procurou-se assegurar o cumprimento das PBCI, subsidiada no Plano Nacional de Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos, ressaltando os cinco momentos de higienização das mãos, preconizados na Norma nº 007/2019 da DGS (2019).

O desenvolvimento desta competência foi substancialmente enriquecido pelos contributos da participação no projeto InfPrev4frica. No seio da equipa de trabalho deste consórcio, houve a oportunidade de aprofundar conhecimentos no âmbito do Plano Nacional de Controlo de Infeção, e das *Guidelines* Internacionais e locais da África Subsaariana e planear a resposta face às necessidades neste âmbito, a par da liderança do desenvolvimento de procedimentos.

Suplementarmente, ao colaborar na realização de uma *umbrella review* acerca da prevenção e controlo das IACS, obtiveram-se subsídios teóricos para integrar na

prestação de cuidados em contexto de ensino clínico e profissional, que vão ao encontro dos feixes de intervenção preconizados pela DGS.

Nos diversos contextos, procurou-se compreender os procedimentos e circuitos estabelecidos, de modo a assegurar o seu cumprimento na prestação de cuidados. Para tal, destaco o contacto com as instruções de trabalho referentes à substituição dos sistemas de perfusão do cateter venoso central e da linha arterial, na UCI, e do papel ativo do enfermeiro especialista na deteção precoce de sinais de infeção, através da vigilância da PSC (Meyer & Lavin, 2005).

Durante a prestação de cuidados em UCI, destacam-se intervenções implementadas na prevenção de infeção relacionada com cateter central, como a higienização das mãos antes da sua manipulação e a descontaminação dos pontos de acesso com antisséptico (Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022, 202).

Na pessoa sob ventilação mecânica invasiva, houve a oportunidade de implementar intervenções com vista a prevenir a pneumonia associada à intubação, indo ao encontro da Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022, como a elevação da cabeceira a 30°, a realização de higiene oral uma vez/turno, e a monitorização da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal, com recurso a tecnologia dos ventiladores (Locsin, 2013).

Além de procurar assegurar o cumprimento dos princípios de prevenção e controlo de infeção, no SUP, foi possível contactar com estratégias como a existência de kits para procedimentos (inserção de cateter vesical, colheitas de hemoculturas), que visavam minimizar a manipulação do material/amostras, e diminuir a taxa de infeção. Outra medida instituída é a disposição do equipamento de proteção individual à entrada da sala de emergência, fomentado a sua utilização pelos profissionais.

Durante a prestação de cuidados neste contexto, foram implementadas intervenções para prevenir a infeção urinária associada ao cateter vesical, nomeadamente validando a necessidade do procedimento, cumprindo a técnica assética na realização do mesmo (Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022, 2022). Além do referido, quando prestados cuidados à pessoa no SUP, no período pré-operatório, visou-se prevenir a infeção do local cirúrgico, por exemplo, através da administração da profilaxia antibiótica, quando prescrita (Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022, 2022).

Adicionalmente, houve a oportunidade de contactar com a formação em serviço da equipa de enfermagem no contexto de SUP, acerca dos cuidados ao cateter venoso periférico, com vista a diminuir a taxa de infeção associada a este dispositivo.

Em Hospital de Campanha, aquando da sua montagem, colaborou-se na definição dos circuitos unidireccionais (com criação de zona de isolamento), assim como na separação de resíduos e utilização de equipamento de proteção individual, quando indicado. O desenvolvimento desta competência foi enriquecido pela discussão com um enfermeiro da equipa, elemento da CPCIRA de uma delegação do INEM.

Numa outra perspetiva, o cumprimento destes princípios torna-se muitas vezes um desafio, no contexto de VMER, particularmente na realização de procedimentos invasivos (como a punção venosa periférica), o que se procurou mitigar (quando o contexto e a condição clínica o permitiam), realizando este procedimento no interior da célula sanitária da ambulância, por exemplo.

Em suma, nos diversos contextos foi possível concluir que o papel do enfermeiro especialista se encontra intrinsecamente relacionado com a melhoria contínua da qualidade e a gestão de cuidados, no que concerne à realização de auditorias, disseminação, supervisão das boas práticas e, consequentemente, na maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção. Concluindo esta análise reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas, considera-se ter atingido os objetivos propostos, conduzindo à análise dos contributos do enfermeiro mestre e especialista na promoção da segurança da pessoa em situação de urgência e/ou emergência e na reflexão acerca daquilo que distingue a intervenção do enfermeiro mestre/especialista, da prestação à gestão de cuidados, nos diversos contextos e países.

Considerações Finais

Atendendo aos requisitos para atribuição do grau de mestre e do título de enfermeira especialista em EMC-PSC, identifica-se todo o percurso, mas particularmente o período de ensino clínico, como uma mais-valia no desenvolvimento de competências, principalmente no desenvolvimento do pensamento crítico inerente à tomada de decisão.

As diversas atividades descritas, aliadas ao contacto com a PSC de diversos foros, permitiu o aprofundamento de conhecimentos, mobilizando evidência científica como sustentação para a prestação de cuidados especializados, assim como o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas em situações novas/não familiares, integrando a equipa multidisciplinar, na antecipação de focos de instabilidade e gestão de protocolos terapêuticos complexos, entre outros.

Pelo exposto, considera-se que não só foram atingidos os objetivos propostos, como superados no âmbito da disseminação de evidência científica, no desenvolvimento de competências de mestre na comunicação de conhecimentos sem ambiguidades, e do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua na qualidade e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Como qualquer processo de aprendizagem, o trajeto nem sempre foi linear, com o surgimento de alguns constrangimentos no âmbito académico/profissional, o que foi colmatado graças à flexibilidade do planeamento efetuado, que permitiu a sua adaptação, de modo a tirar o melhor proveito e rentabilizar as oportunidades que surgiram no seu decurso.

De acordo com a OE (2021) a atribuição do grau de mestre numa área de especialidade, exige capacidade de integração de conhecimentos, a sua aplicação crítica, e a reflexão sobre as implicações e responsabilidades inerentes. Como tal, estes aspetos foram foco do processo de aprendizagem, baseado na reflexão-ação, o que auxiliou a perspetivar o sentido de transformação do ser profissional e das minhas práticas de cuidados, e a repensar o modo como a teoria está implícita nestas últimas.

No seu decurso, evidenciam-se indicadores de resultado do projeto individual para a prática clínica, designadamente nos contextos de ensino clínico (através de algumas mudanças instituídas, como a sugestão de parametrização informática, a dinamização de formações alinhadas com os projetos de melhoria contínua dos serviços, e ainda, a criação de um grupo de trabalho, fomentada por uma iniciativa formativa enquanto estudante, aliada à experiência profissional.

Além dos contextos de ensino clínico, os resultados emergem na transferibilidade das aprendizagens realizadas entre os contextos académico e profissional, nomeadamente pela partilha no próprio contexto laboral, de algumas das boas práticas e medidas instituídas aqui descritas, vivenciadas na qualidade de estudante de 2º ciclo.

Este processo culmina, inevitavelmente, com repercussões no domínio pessoal e profissional, uma vez que induziu a perspetivar a enfermagem (desde a prestação à sua gestão) de um modo crítico, reflexivo e cientificamente sustentado.

“Hoje, a enfermeira é um profissional clínico (...) cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo” (Benner, 2001, p.201). Neste sentido, como perspetivas de desenvolvimento futuro, coadunam-se iniciativas de valorização profissional da complexificação e exigência técnica e científica dos cuidados de enfermagem (OE, 2021), como a continuidade da atividade formativa de pares, no âmbito de grupos de trabalho e projetos de melhoria continua no contexto onde se exercem funções, concomitantemente com a continuidade na colaboração do projeto InfPrev4frica.

Concluindo, releva-se este percurso de desenvolvimento de competências como um elemento nuclear à transição para o grau de mestre e, futuramente, enfermeira especialista, que se materializa neste relatório, o qual traduz a síntese crítica de todas as atividades desenvolvidas, bem como da componente de investigação intrínseca (OE, 2021).

Referências Bibliográficas

- Adcock, S., Kuszajewski, M. L., Dangerfield, C., & Muckler, V. C. (2020). Optimizing Nursing Response to In-Hospital Cardiac Arrest Events Using In-Situ Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 49, 50–57. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.05.006>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Barnes, H., Cimiotti, J. P., Jarrín, O. F., & McHugh, M. D. (2018). Nurses' and patients' appraisals show patient safety in hospitals remains a concern. *Health Affairs*, 37(11), 1744–1751. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0711>
- Aljuaid, J., & Al-Moteri, M. (2022). Periodic Resuscitation Cart Checks and Nurse Situational Awareness: An Observational Study. *Journal of Emergency Nursing*, 48(2), 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.12.002>
- Barbariol, F., Deana, C., Lucchese, F., Cataldi, G., Bassi, F., Bove, T., Vetrugno, L., & De Monte, A. (2021). Evaluation of Drug Wastage in the Operating Rooms and Intensive Care Units of a Regional Health Service. *Anesthesia and Analgesia*, 132(5), 1450–1456. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005457>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care A Thinking-in-Action Approach* (2ª). Springer Publishing Company.
- Comissão Europeia. (2008). *Explicar o quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida*. <https://europass.europa.eu/system/files/2020-05/EQF-Archives-PT.pdf>
- Conoscenti, E., Martucci, G., Piazza, M., Tuzzolino, F., Ragonese, B., Burgio, G., Arena, G., Blot, S., Luca, A., Arcadipane, A., & Chiaramonte, G. (2021). Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency team system. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102977>
- Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março. (2006). *Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. I Série-A(Nº 60 de 24-03-2006), 2242–2257. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 65/2018. (2018). *Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado pelos Decretos-Leis 107/2008, de 25 de junho, 230/2009, de 14 de setembro, 115/2013, de 7 de agosto, e 63/2016, de 13 de setembro, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Assembleia da República. Diário da República. I Série

- (N.º 157 de 16-08-2018), 4147–4182. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Departamento de Emergência Médica. (2021). *ERC Guidelines 2021 - Recomendações para as Equipas Pré-Hospitalares*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/ERC-Guidelines-Recomendacoes.pdf>
- Despacho 13427/2015. (2015). *Define e Classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência*. Assembleia da República. II série (N.º 228 de 20-11-2015), 33814–33816. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/11/228000000/3381433816.pdf>
- Despacho n.º 18459/2006. (2006). *Define as características da rede de serviços de urgência, bem como os níveis de resposta que a integram*. Ministério da Saúde. Diário da República. II Série (N.º 176 de 12-09-2006), 18611–18612. <https://files.dre.pt/2s/2006/09/176000000/1861118612.pdf>
- Despacho n.º 11/2002. (2002). *A reorganização da urgência hospitalar, integrada no âmbito das linhas gerais definidas para a reforma do Serviço Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde. I-B(n.º 55), 1865–1866. <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2002/03/055b00.pdf>
- Despacho n.º 6669/2017. (2017). *Ministério da Saúde reconhece Centros de Referência nas entidades prestadoras de cuidados de saúde*. Assembleia da República. 2.ª série (N.º 148 de 2-08-2017), 16069–16070. http://ssaigt.dgterritorio.pt/ir/REN_Carta_de_Delimita
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026)*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. II série (n.º 187 de 24-09-2021), 96–103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 10319/2014. (2014a). *Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação*. Assembleia da República. II série (N.º 153 de 11-08-2014), 20673–20678. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

- Despacho n.º 10319/2014. (2014b). *Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)*. Ministério da Saúde. 2ª (nº 153 de 11-08-2014), 20673–20678. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 11504/2021. (2021). *Plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. *Diário da República. II Série* (Nº 226 de 22-11-2021), 66–68. <https://files.dre.pt/2s/2021/11/226000000/0006600068.pdf>
- Dewolf, P., Vanneste, M., Desruelles, D., & Wauters, L. (2021). Measuring non-technical skills during prehospital advanced cardiac life support: A pilot study. *Resuscitation Plus*, 8. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2021.100171>
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf
- Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Gawronski, O., Thekkan, K. R., Genna, C., Egman, S., Sansone, V., Erba, I., Vittori, A., Varano, C., Dall'Oglio, I., Tiozzo, E., & Chiusolo, F. (2022). Instruments to evaluate non-technical skills during high fidelity simulation: A systematic review. *Frontiers in Medicine*, 9, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.986296>
- Gibbs, Graham. (2013). *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods*. Oxford Centre for Staff and Learning Development.
- Giger, J., & Haddad, L. (2021). *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention* (8ª). Elsevier.
- Godinho, A. C., & Pinto, M. R. (2023). Promoting Patient Safety: A Review in Critical and Emergency Care. *Resuscitation*, 192, 170. [https://doi.org/10.1016/S0300-9572\(23\)00737-2](https://doi.org/10.1016/S0300-9572(23)00737-2)
- Godinho, N. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL.
- Gomes, A. T. de L., Ferreira, M. A., Salvador, P. T. C. O., Bezerril, M. D. S., Chiavone, F. B. T., & Santos, V. E. P. (2019). Safety of the patient in an emergency situation: perceptions

- of the nursing team. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 753–759.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>
- Gungor, S., Akcoba, S., & Tosun, B. (2022). Evaluation of emergency service nurses' patient handover and affecting factors: A descriptive study. *International Emergency Nursing*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101154>
- Han, J. H., & Roh, Y. S. (2020). Teamwork, psychological safety, and patient safety competency among emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100892>
- Hosking, J., Considine, J., & Sands, N. (2014). Recognizing clinical deterioration in emergency department patients. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(2), 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2014.03.001>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de exceção. Manual TAS*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- International Council of Nurses. (2022). *Core Competencies in Disaster Nursing: competencies for nurses involved in emergency medical teams (level III)*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_2022_Disaster-Comp-Report_EN_WEB.pdf
- Josey, K., Smith, M. L., Kayani, A. S., Young, G., Kasperski, M. D., Farrer, P., Gerkin, R., Theodorou, A., & Raschke, R. A. (2018). Hospitals with more-active participation in conducting standardized in-situ mock codes have improved survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Resuscitation*, 133, 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.09.020>
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>

- Kwon, J. M., Lee, Y., Lee, Y., Lee, S., & Park, J. (2018). An algorithm based on deep learning for predicting in-hospital cardiac arrest. *Journal of the American Heart Association*, 7(13). <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.008678>
- Lei n.º 95/2019. (2019). *Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto -Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Assembleia da República. I série (Nº 169 de 04-09-2019)*, 55–66. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Locsin. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1–6. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:221859349>
- Locsin, R. (2005). *Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice*. Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing Press.
- Martins, J. C. A., Sousa, A. C. V. de, Abrantes, A. R. D., Pinto, C. S. da S., Gomes, C. I. de A., Martins, D. J. O., Coutinho, V. R. D., Baptista, R. C. N., Oliveira, L. M. N. De, & Fernandes, M. I. D. (2017). Communication and leadership in emergency situations: Systematic literature review and recommendations for practice. *Clinical Nursing Studies*, 6(2), 55. <https://doi.org/10.5430/cns.v6n2p55>
- Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1).
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas. Cuidados à pessoa em situação crítica dependente de suporte extracorporeal de vida: um desafio para a prática especializada*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobp-cuidados-pessoa-em-situa-o-cr-tica/full-view.html>
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *AANLCP Journal of Nurse Life Care Planning*, XIII(3), 100–111. <https://doi.org/10.3912/ojin.vol10no03ppt01>
- Morais, O. M. dos, Mata, C., Fernandes, M. de F., Monteiro, M. de F., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 7–17. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>
- Murphy, M., McCloughen, A., & Curtis, K. (2019). The impact of simulated multidisciplinary Trauma Team Training on team performance: A qualitative study. *Australasian Emergency Care*, 22(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.11.003>

- Norma 001/2017. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Norma 002/2018. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Norma 003/2023. (2023). *Preparação e Resposta em Eventos de Massas*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/preparacao-e-resposta-em-eventos-de-massas-pdf.aspx>
- Norma nº 002/2018. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Direção Geral da Saúde. <https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/janeiro/i024340.pdf>
- Norma nº 007/2019. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Norma nº 019/2015 atualizada a 29/98/2022. (2022). «Feixe de Intervenções» para a *Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Direção Geral da Saúde.
- Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. (2022). «Feixe de Intervenções» para a *Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Direção Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022. (2022). «Feixe de Intervenções» para a *Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022. (2022). «Feixe de Intervenções» para a *Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. Direção Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Olino, L., De Carvalho Gonçalves, A., Karine, J., Strada, R., Becker Vieira, L., Luiza, M., Machado, P., Lorenzen Molina, K., Luisa, A., & Cogo, P. (2019). Online Revista Gaúcha

- de Enfermagem Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score Comunicación efectiva para la seguridad del paciente: nota de transferencia y Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm*, 40, 20180341. <https://doi.org/10.1590/1983>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Parecer do Conselho Jurisdicional nº 20/2001. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
- Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva), & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos. Recomendações 2023*. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Health Emergency and Disaster Risk Management Fact Sheets. Mass Gatherings*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/infomration-note-mass-gatheringsf9912b53-5210-4e07-877e-85845bbfb7f5.pdf?sfvrsn=5eb86f0f_1&download=true
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181-eng.pdf?sequence=1>
- Organização Mundial da Saúde. (2021a). *Classification and minimum Standards for Emergency Medical Teams*. <https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/BlueBook2021.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2021b). *Global Patient Safety action Plan 2021-2030 towards eliminating avoidable harm in health care*.
- Parecer N°15 / 2018. (2018). *Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Mesa do Colégio*

- da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 15, 1–4.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Parreira, P., Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Oliveira, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. Em L. Sousa, P. Costa, I. Marques, & R. Bernardes (Eds.), *Gestão nas Organizações de Saúde* (1ª, Vol. 2, pp. 147–193). Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas.
- Patterson, D., & Yealy, D. (2019). *Safety in the Prehospital Emergency Medical Services Setting*. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/safety-prehospital-emergency-medical-services-setting>
- Picard, C., Drew, R., Norris, C. M., O'Dochartaigh, D., Burnett, C., Keddle, C., & Douma, M. J. (2022). Cardiac Arrest Quality Improvement: A Single-Center Evaluation of Resuscitations Using Defibrillator, Feedback Device, and Survey Data. *Journal of Emergency Nursing*, 48(2), 224–232.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.11.005>
- Prado, F. (2017). *Metodologia de Projetos*. Saraiva Educação, S.A.
- Regulamento nº 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República. II Série* (Nº 140 de 06-02-2019), 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. II série (Nº 184 de 25-09-2019), 128–155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento nº429/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República. II Série* (Nº 135 de 16-07-2018), 19359–19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Rideout, J. M., Ozawa, E. T., Bourgeois, D. J., Chipman, M., & Overly, F. L. (2021). Can hospital adult code-teams and individual members perform high-quality CPR? A multicenter simulation-based study incorporating an educational intervention with CPR feedback. *Resuscitation Plus*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2021.100126>

- Rowland, M., & Adefuye, A. (2022). Human errors and factors that influence patient safety in the pre-hospital emergency care setting: Perspectives of South African emergency care practitioners. *Health SA Gesondheid*, 27. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1798>
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A. R. H., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1), 48–79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>
- Sollid, S. J., Dieckman, P., Aase, K., Søreide, E., Ringsted, C., & Østergaard, D. (2019). *Five Topics Health Care Simulation Can Address to Improve Patient Safety: Results From a Consensus Process*. www.journalpatientsafety.com
- Spitzer, C. R., Evans, K., Buehler, J., Ali, N. A., & Besecker, B. Y. (2019). Code blue pit crew model: A novel approach to in-hospital cardiac arrest resuscitation. *Resuscitation*, 143, 158–164. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.06.290>
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Waldow, V. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 140–145.