EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

HUMANIZATION OF NURSING CARE: CONTRIBUTIONS OF THE SPECIALIST NURSE IN THE CARE OF THE PERSON IN CRITICAL SITUATION

Mafalda Rodrigues Veloso

Almada

2026

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

HUMANIZATION OF NURSING CARE: CONTRIBUTIONS OF THE SPECIALIST NURSE IN THE CARE OF THE PERSON IN CRITICAL SITUATION

Mafalda Rodrigues Veloso

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Mestre Diana Filipa Alves Vareta

Almada

2026

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

"Nurses aren't built for comfort.

They are built for humanity…"

- Desconhecido

DEDICATÓRIA

Para o avô João e Ti'Chico.

Por serem os anjos da guarda que me guiaram, seguraram e empurraram para a frente. Que me seguraram quando só queria cair. As mãos que não se vêm mas que apoiam.

AGRADECIMENTOS

À professora Diana, pela orientação, pela paciência e pela exigência que garantiram sempre a chegada a bom porto. A todos os restantes professores da escola, pelos ensinamentos ao longo deste percurso, pela paciência e apoio.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, pela paciência e pela compreensão perante a minha ausência ao longo deste percurso. À minha irmã, por todas as horas de companhia, muitas vezes no sofá à espera de "só mais um episódio".

À minha família, de sangue e de coração, pelo tempo que não tive para partilhar, mas que nunca deixou de ser presença e suporte, felicidade e alegria, amor e paciência.

Aos meus amigos mais próximos, pela paciência, pelas constantes remarcações de encontros e por nunca deixarem de estar presentes. À Mariana e Beatriz, as melhores amigas que podia pedir, por tudo o que foram, são e nunca deixarão de ser, que esperaram por este dia tanto quanto eu. À Leonor e à Inês, que mesmo longe, nunca estiveram tão perto. À Rita, por me mostrar que tudo é possível com várias horas de terapia, esta é por nós as duas.

Às minhas amigas-colegas de trabalho, Guida, Mafalda e Sara, pela motivação, compreensão e apoio nos momentos mais exigentes, por me deixarem falar e ouvirem sempre.

Aos meus orientadores neste percurso inusitado, a enfermeira RP, o enfermeiro PC e o enfermeiro JP, pelo acompanhamento e contributo para o meu desenvolvimento. Em especial à enfermeira Helena, que se tornou um exemplo e um apoio fundamental, que se tornou amiga e contribuiu para que mantivesse a motivação nos momentos mais exigentes deste percurso.

O meu sincero agradecimento a todos, sem o vocês este percurso não teria sido possível!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

RESUMO

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica ocorre em contextos de elevada complexidade, exigindo do enfermeiro uma atuação diferenciada que integre competência técnica e atenção à dimensão humana do cuidar. Neste âmbito, a humanização dos cuidados assume-se como um elemento central da Enfermagem, particularmente na prática em ambientes caracterizados por elevada exigência clínica, tecnológica e organizacional.

O presente relatório tem como objetivo descrever e analisar criticamente o percurso de desenvolvimento de competências no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. O percurso formativo decorreu em diferentes contextos de estágio, nomeadamente no serviço de urgência, na unidade de cuidados intensivos e em emergência pré-hospitalar, permitindo a vivência de situações clínicas diversificadas e abrangentes.

O percurso desenvolvido foi sustentado em referenciais teóricos de Enfermagem, a Teoria da Enfermagem Humanística e o Modelo da Vulnerabilidade Humana, e nos regulamentos orientadores da prática profissional, nacionais e internacionais, permitindo a aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a temática, foi realizada uma revisão *scoping* sobre o impacto da sobrelotação nos cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

No âmbito do percurso formativo, os resultados evidenciam que fatores organizacionais, como a sobrecarga dos serviços e a complexidade dos cuidados, podem comprometer a singularidade da pessoa, influenciando a comunicação, a privacidade e a individualização da prática. Ainda assim, a intervenção do enfermeiro especialista revelou-se fundamental na promoção de cuidados seguros e focados na pessoa.

Conclui-se que a humanização dos cuidados é indissociável da qualidade e da segurança, exigindo uma prática fundamentada, reflexiva e ajustada às necessidades reais da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Pessoa em situação crítica; Humanização; Qualidade dos cuidados; Segurança dos cuidados

ABSTRACT

Caring for critically ill patients takes place in highly complex settings, requiring nurses to deliver highly specialised care that combines technical expertise with attention to the human dimension of caring. In this context, the humanisation of care is a key component of nursing practice, particularly in environments marked by high clinical, technological, and organisational demands.

This report aims to describe and critically analyse the development of competencies within the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, focused on the care of critically ill patients. The training process took place across different clinical settings, including the emergency department, intensive care unit, and pre-hospital emergency care, providing exposure to a wide range of complex clinical situations.

The learning process was supported by nursing theoretical frameworks, namely Humanistic Nursing Theory and the Human Vulnerability Model, as well as by professional regulatory standards, enabling the development of both common and specific competencies of the specialist nurse.

To further explore this topic, a scoping review was conducted on the impact of overcrowding on the care of critically ill patients in emergency settings.

Within the scope of the training process, the findings suggest that organisational factors, such as service overload and the complexity of care, may compromise individualised care. Nevertheless, the role of the specialist nurse proved essential in promoting safe, patient-centred care.

In conclusion, the humanisation of care is closely linked to quality and safety, requiring a reflective and well-grounded practice tailored to the needs of critically ill patients.

Keywords: Nursing; Specialist Nurse; Critically ill patients; Humanisation; Quality of care; Patient safety

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL 17

1.1. Humanização e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem 17

1.2. Vulnerabilidade no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica 21

1.3. A Teoria da Enfermagem Humanística e o Modelo Concetual da Vulnerabilidade Humana 23

1.4. Resultados da *Scoping Review* 25

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO 27

2.1. Serviço de Urgência Geral 27

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 29

2.3. Emergência Pré-Hospitalar: Ambulância de Suporte Imediato de Vida e Viatura Médica de Emergência e Reanimação 32

3. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 35

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 37

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista 47

CONSIDERAÇÕES FINAIS 56

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 60

APÊNDICES 68

APÊNDICE I – Protocolo de Revisão *Scoping* "*Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Serviços de Urgência Sobrelotados: Uma Revisão Scoping*" 69

APÊNDICE II – Objetivos Associados às Competências em Contexto de Serviço de Urgência 79

APÊNDICE III – Objetivos Associados às Competências em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos 84

APÊNDICE IV – Objetivos Associados às Competências em Contexto de Pré-hospitalar 89

APÊNDICE V – Ferramenta: "*Proposta de Projeto: Facilitar a Comunicação Verbal e Não Verbal da Pessoa em Situação Crítica em UCI*" 197

APÊNDICE VI – Apresentação "*A Família no cenário Pré-hospitalar: Implicações na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica*" 105

APÊNDICE VII – Jornal de Aprendizagem "*Atuação em Contexto de Urgência: Desafios da Coordenação e da Segurança da Pessoa - Uma abordagem reflexiva*" 95

APÊNDICE VIII – Jornal de Aprendizagem "*Cronicidade em Cuidados Intensivos – Uma abordagem reflexiva*" 136

APÊNDICE IX – Jornal de Aprendizagem "*Resposta à Paragem Cardiorrespiratória no Pré-Hospitalar - Uma abordagem reflexiva*" 165

APÊNDICE X – Póster "*Comunicação e Registos na Sala de Reanimação*" 195

ANEXOS 197

ANEXO I – Certificado de Participação "*Eletrocardiografia para Enfermeiros: abordagem a taquicardias e bradicardias*" 197

ANEXO II – Certificado de Participação "*Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe*" 200

ANEXO III – Certificado de Conclusão de curso "*Via Aérea Avançada para Enfermeiros*" 202

ANEXO IV – Certificado de Participação "*Atualizações de 2025 no suporte avançado de vida*".....204

ANEXO V – Certificado de Participação "*Sofrimento Psíquico: compreender a dor que não se vê*" 206

ANEXO VI – Certificado de Participação "*Salvamento Aquático do Resgate ao Tratamento*" 208

ANEXO VII – Certificado de Participação "*EU MODEX project*" 210

ANEXO VIII – Certificado de Formação Profissional "*Suporte Básico de Vida Adulto e Desfibrilhação Automática Externa (SBV-DAE)*" 2112

ANEXO IX – Certificado de Participação "*Capacitar para o (Im)provável: Gestão de Recursos em Emergência Médica e Catástrofe*" 2144

ANEXO X – Certificado de Participação Masterclass "*Paragem Cardiorrespiratória Traumática*" 216

ANEXO XI – Certificado de Participação "*Transporte Aéreo do Doente Crítico*" 218

ANEXO XII – Certificado de Participação "*(Re)Agir: Quando o Impossível Acontece – Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe*" 220

ANEXO XIII – Certificado de Participação "*Controlo de Hemorragia em Trauma*" 221

ANEXO XIV – Certificado de Participação "*Cuidados de ESMP a populações vulneráveis: Pessoas em situação de emergência e catástrofe*" 224

ANEXO XV – Certificado de Participação "*Webinar - Catástrofe*" 226

ANEXO XVI – Certificado de Participação "*EaQ - Simulação IN SITU no serviço de Urgência - da Teoria à Ação*" 228

ANEXO XVII – Certificado de Participação "*EaQ - Contextos para a Prática Clínica de Excelência*" 230

ANEXO XVIII – Certificado de Participação "*Enfermagem Forense – Dever Legal e Responsabilidade na Proteção da Vítima*" 232

ANEXO XIX – Certificado de Participação "*O papel do Enfermeiro no Seguimento da Pessoa em Situação Crítica - Consulta de Follow-up*" 234

ANEXO XX – Certificado de Participação "*ABCDE na Urgência e Emergência: Avaliação Sistemática da Pessoa Crítica*" 236

ANEXO XXI – Certificado de Presença "*Congresso Internacional do Doente Crítico 2025*".....238

ANEXO XXII – Certificado de Presença na Masterclass "*Ventilação Mecânica no Doente Crítico*"...240

ANEXO XXIII – Certificado de Presença "*International Congress on Emergency (ICE25)*" 2422

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Opção I - Estágio e Relatório do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC). Representa o percurso formativo desenvolvido com vista à aquisição e aprofundamento de competências do Enfermeiro Especialista (EE) em contextos clínicos complexos, bem como à obtenção do grau de mestre. O estágio totalizou 540 horas de contacto, em três contextos na área da Grande Lisboa, nomeadamente um Serviço de Urgência (SU) Geral, uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e em meios de emergência pré-hospitalar do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Este percurso formativo encontra-se enquadrado pelos regulamentos formulados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018), e o Decreto-Lei n.º 74/2006 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006), juntamente com a Portaria n.º 782/2009 (Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2009) na qual se integram os Descritores de Dublin para o curso de Mestrado, orientadores dos resultados de aprendizagem para o 2.º ciclo de estudos do ensino superior, nomeadamente no que respeita aos conhecimentos traduzidos na mobilização de saberes avançados, às aptidões, evidenciadas na capacidade de análise crítica e de tomada de decisão fundamentada, e às atitudes, refletidas no desenvolvimento de autonomia profissional, segundo os descritores do nível 7 do Quadro Nacional de Qualificações.

Nos contextos de prestação de cuidados à PSC, a crescente complexidade organizacional, o avanço tecnológico e a necessidade de decisões rápidas, colocam desafios significativos à prática de enfermagem, principalmente no equilíbrio entre a dimensão técnico-científica e a humanização do cuidar (Gholipour et al., 2025; Reyes-Téllez et al., 2024). Neste cenário, o EE assume um papel diferenciador ao integrar tecnologia avançada e monitorização contínua para uma tomada de decisão complexa e intencionalmente focada na pessoa, assegurando que a dimensão humana do cuidado não fica comprometida (Hamric et al., 2019; Schober, 2020). Embora os progressos tecnológicos contribuam para a melhoria dos resultados em saúde, podem também favorecer uma abordagem fragmentada da pessoa, tendencialmente centrada em parâmetros clínicos e procedimentos (Kvande et al., 2022; Reyes-Téllez et al., 2024). A humanização dos cuidados emerge como um eixo estruturante da enfermagem especializada, exigindo que, mesmo em contextos de elevada complexidade, com necessidade de tomada de decisão rápida, sobrecarga de trabalho e exigência emocional, os cuidados sejam planeados, executados e avaliados de modo a garantir o reconhecimento da dignidade da pessoa e a sua integração no processo de cuidar.

A escolha da temática da humanização dos cuidados de enfermagem não surgiu apenas da experiência vivida nos contextos de estágio. Foi previamente definida no âmbito da elaboração e apresentação do pré-projeto de estágio, com base na perceção adquirida na prática profissional quotidiana. Esta perceção foi fundamentada pela evidência de que os contextos de prestação de cuidados à PSC são, por natureza, marcados por elevada complexidade clínica e técnica e imprevisibilidade, fatores estes que podem comprometer o respeito pela individualidade da pessoa no processo de cuidar. A definição do tema espelhou uma preocupação pessoal e profissional em aprofundar competências que permitam preservar a dimensão humana do cuidado, perante cenários tecnologicamente exigentes e emocionalmente desafiantes.

Durante os estágios, o aprofundamento desta temática revelou-se particularmente pertinente. Em serviços como o SU e o contexto de emergência pré-hospitalar, a sobrelotação, a necessidade de priorização de cuidados constante e a intensidade do ritmo de trabalho tendem a orientar os mesmos para a estabilização fisiológica e o cumprimento de protocolos terapêuticos. Apesar de estes serem indispensáveis à segurança e à eficácia dos cuidados, podem vir a comprometer a componente humana do cuidar, descurando aspetos como a escuta ativa, a empatia, o respeito, a comunicação terapêutica e a compreensão da experiência subjetiva da pessoa e da sua família, como mencionado na literatura internacional (Ghanbari-Afra et al., 2022; Rôlo et al., 2019) e sustentado pelo documento nacional da Direção-Geral da Saúde (DGS), o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (DGS, 2021).

A pertinência do tema articula-se com o Regulamento n.º 429/2018 da OE (OE, 2018), relativo às competências específicas do EE em EMC na área da PSC. Este enquadramento preconiza a mobilização de conhecimentos científicos, capacidades técnicas e competências relacionais, implicando raciocínio clínico avançado, antecipação de complicações e tomada de decisão fundamentada, sempre numa perspetiva holística que assegura o respeito pela dignidade da pessoa em contextos de elevada complexidade clínica (OE, 2018).

Deste modo, a escolha da humanização como temática estruturante do relatório de estágio traduz um compromisso assumido com uma intervenção especializada que reconhece que a excelência técnico-científica só se concretiza plenamente quando integrada numa abordagem verdadeiramente focada na pessoa (Khademi et al., 2017).

O percurso realizado, que culmina com o presente relatório, foi sustentado pela Teoria da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (Paterson & Zderad, 1988) e pelo Modelo da Vulnerabilidade Humana de Rogers (Rogers, 1997), referenciais que, quando articulados, oferecem um suporte concetual para analisar a intervenção especializada e permitem compreender o cuidado enquanto interação entre enfermeiro e pessoa, em contextos clínicos específicos. A teoria humanística

orienta o modo de estar do enfermeiro na relação terapêutica, valorizando a presença, o diálogo e o reconhecimento da singularidade da pessoa (Paterson & Zderad, 1988), enquanto o modelo de Rogers possibilita a interpretação da vulnerabilidade como uma condição humana dinâmica influenciada pela interação entre os recursos pessoais, o ambiente e as exigências da situação (Rogers, 1997).

Durante os estágios, tornou-se evidente que fatores organizacionais, como a elevada rotatividade de profissionais, a sobrecarga de trabalho e a complexidade dos circuitos clínicos, podem dificultar a concretização de práticas de enfermagem humanizadas. O EE deve assumir um papel ativo no desenvolvimento de estratégias que promovam simultaneamente a segurança, a eficiência e a dignidade da pessoa, dinamizando práticas estruturadas de melhoria da qualidade da prática. Assim, foi realizada uma revisão *scoping* sobre o impacto da sobrelotação nos cuidados à PSC em SU, com o objetivo de compreender os desafios na prática clínica e refletir sobre estratégias promotoras de cuidados próximos da pessoa, tendo como base os documentos reguladores e orientadores da profissão, nomeadamente o documento que integra o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico (OE, 2015), e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (PQCE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017b).

Importa ainda referir a integração do modelo de aquisição e desenvolvimento de competências de Dreyfus e Dreyfus, adaptado por Benner (2001) para a prática de enfermagem, que compreende o desenvolvimento profissional como um processo de evolução progressiva que não se limita ao ganho de experiência, mas implica a reflexão sobre a prática, a interpretação das situações clínicas e a integração do conhecimento científico no contexto real. Este modelo permite sustentar o desenvolvimento do EE ao evidenciar a progressão do desempenho, baseado na experiência, para uma atuação sustentada no raciocínio clínico flexível e fundamentado, promovendo uma prática mais autónoma e crítica, ajustada às especificidades de cada situação (Benner, 2001).

Perante isto, o objetivo geral deste relatório consiste em descrever o percurso experienciado de aquisição e desenvolvimento de competências em EMC na área da PSC, durante os estágios, analisando criticamente de que forma a intervenção especializada pode contribuir para a promoção de cuidados humanizados e seguros nos diferentes contextos. Como objetivos específicos, pretende-se:

- Identificar fatores facilitadores e condicionantes à humanização dos cuidados de enfermagem em contextos de cuidados à PSC;
- Analisar práticas de enfermagem especializada que favorecem a humanização nos processos de cuidado;
- Fundamentar o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada com os referenciais teóricos da Enfermagem Humanística e do Modelo da Vulnerabilidade Humana;

- Refletir criticamente sobre o contributo do EE na promoção da qualidade e segurança dos cuidados à PSC.

O relatório encontra-se organizado em cinco capítulos. A Introdução enquadra o percurso formativo, a pertinência da temática e os objetivos do relatório de estágio. Segue-se o Enquadramento Teórico e Concetual, onde são explorados os conceitos de humanização dos cuidados, qualidade em saúde e vulnerabilidade da PSC, bem como os referenciais teóricos de Enfermagem que sustentam o percurso. Posteriormente, apresenta-se as Caracterizações dos três contextos de estágio, de forma a enquadrar e facilitar a compreensão do percurso de aquisição de competências, estudadas na Análise e Reflexão do Desenvolvimento de Competências, no âmbito das Competências Comuns do EE e das Competências Específicas do EE em EMC na área da PSC. O último capítulo apresenta as Considerações Finais, seguido das Referências Bibliográficas. Por fim, após a parte textual, encontram-se os Anexos e os Apêndices que dão suporte ao corpo do texto.

Importa aprofundar os conceitos teóricos que sustentam a temática da humanização dos cuidados à PSC, os quais serão desenvolvidos no enquadramento teórico e concetual que se segue.

A redação segue o Novo Acordo Ortográfico da língua portuguesa e as orientações institucionais da Escola Superior de Saúde Egas Moniz para trabalhos académicos. Respeita igualmente as normas da *American Psychological Association* (2020), 7.ª edição, para a sua referenciação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL

O enquadramento teórico e concetual constitui uma etapa fundamental para a compreensão do fenómeno em estudo, uma vez que a prática de enfermagem se sustenta em referenciais que orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão. No contexto da PSC, a humanização dos cuidados implica a integração de conhecimentos científicos, competências técnicas e relacionais, bem como a capacidade de reflexão crítica, analisando as experiências de cuidado e a tomada de decisão, com vista à melhoria contínua da Enfermagem, sobretudo em contextos de elevada vulnerabilidade, instabilidade clínica e recurso a tecnologia (Kvande et al., 2022). Neste sentido, os referenciais teóricos permitem enquadrar concetualmente a humanização dos cuidados, clarificar o conceito de vulnerabilidade e sustentar a compreensão da prática de enfermagem em contextos exigentes, servindo de base à análise das experiências desenvolvidas nos contextos de estágio.

Os principais conceitos e fundamentos teóricos que sustentam a temática da humanização dos cuidados de enfermagem estão organizados em quatro subcapítulos: a relação entre a humanização e a qualidade dos cuidados; a concetualização da vulnerabilidade na PSC; os referenciais teóricos da enfermagem humanística e do modelo da vulnerabilidade humana; os resultados da *scoping review* sobre o impacto da sobrelotação dos SU, com o objetivo de enquadrar a prática desenvolvida e a análise apresentada ao longo do relatório.

1.1 Humanização e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

A humanização dos cuidados de enfermagem assume particular relevância nos contextos de cuidados à PSC, marcados por instabilidade clínica, imprevisibilidade, necessidade de vigilância contínua e decisões tempo-dependentes (Morley et al., 2018). Nestes cenários, a singularidade e a dignidade da pessoa podem ficar fragilizadas perante a urgência da resposta, a necessidade de decisão em tempo reduzido e a complexidade tecnológica, o que pode conduzir a uma prática tendencialmente centrada na doença e nos procedimentos técnicos (Reyes-Téllez et al., 2024). Estudos desenvolvidos em contextos críticos têm mostrado que, apesar dos ganhos científicos e tecnológicos, estes contextos podem favorecer a perda de controlo, o desconforto e a despersonalização, tornando a humanização uma exigência da enfermagem (Kvande et al., 2022; Nielsen et al., 2023).

Nos contextos de cuidados críticos, observa-se uma tendência para a fragmentação da abordagem à pessoa, que pode ficar reduzida à dimensão biológica, desvalorizando a sua singularidade e experiência de cuidado (Khademi et al., 2017). Embora os avanços tecnológicos sejam essenciais, a sua utilização pode favorecer a automatização de processos e a utilização de protocolos padronizados que enfraquecem a individualidade da pessoa nos processos terapêuticos e contribuem para uma

prática mais centrada em tarefas e menos sustentada na relação interpessoal (Reyes-Téllez et al., 2024).

A humanização dos cuidados é um conceito complexo e multidimensional, cuja definição não é plenamente consensual, refletindo a diversidade de perspetivas teóricas, contextuais e organizacionais transversais à prática em saúde (Kvande et al., 2022). No entanto, existe consenso de que humanizar os cuidados implica ultrapassar uma visão biomédica da prática clínica, exigindo uma reflexão crítica sobre as experiências de cuidado, tanto positivas como negativas, vividas pelas pessoas, famílias e profissionais de saúde (Meneses-La-Riva et al., 2025; Nielsen et al., 2023). Neste sentido, a humanização não se limita a um ideal abstrato, mas sim a uma orientação concreta e uma responsabilidade dos profissionais de saúde, assente no reconhecimento da dignidade, da autonomia e da singularidade da pessoa, em consonância com os princípios consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948).

A humanização expressa-se, assim, em três dimensões interligadas: a abordagem holística da pessoa, a atitude dos profissionais perante a pessoa cuidada e o enquadramento organizacional dos sistemas de saúde (Kvande et al., 2022). No contexto da PSC, estas dimensões tornam-se especialmente desafiantes, uma vez que a instabilidade clínica, a dependência tecnológica e a urgência na tomada de decisão podem comprometer a integração da pessoa como sujeito ativo dos cuidados.

Enquanto abordagem holística, a humanização implica considerar a pessoa como um todo, integrando as suas dimensões biológica, psicológica, social, espiritual e cultural, bem como o seu contexto familiar e social (Kvande et al., 2022). Como atitude interpessoal, a humanização depende da postura dos profissionais de saúde, que deve ser dotada de competências relacionais e comunicacionais que favoreçam a relação interpessoal (Kvande et al., 2022; Medeiros et al., 2016). A vertente organizacional remete para a forma como a humanização se relaciona com a forma como os cuidados são estruturados e geridos, com uma abordagem que ultrapasse as dimensões técnicas, integrando valores que conferem sentido humanizado à prática (Kvande et al., 2022). Em contextos complexos, a adoção de modelos de gestão integradores é apontada como fundamental para promover cuidados seguros, eficazes e focados na pessoa (Medeiros et al., 2016).

Entende-se então a humanização como um processo baseado nas interações humanas e no contexto dos cuidados, desafiando o enfermeiro a refletir sobre a sua postura profissional e a promover práticas de cuidado mais próximas da pessoa. Deste modo, torna-se possível compreender a pessoa, reconhecendo-a para além da sua dimensão biológica e valorizando a sua experiência e o significado atribuído ao processo de saúde-doença (Khademi et al., 2017; Watson, 2008), o que se traduz diretamente na forma como os cuidados são concebidos e prestados. Esta abordagem evidencia que tal paradigma se constitui como uma dimensão indissociável da qualidade dos cuidados, uma vez

que a capacidade de responder às necessidades de quem é cuidado depende não só da adequação técnica das intervenções, mas também tendo em consideração a sua experiência, valores e contexto (Khademi et al., 2017).

A forma como os cuidados são organizados, prestados e avaliados condiciona a qualidade dos mesmos, na medida em que práticas que não integrem esta visão dificilmente asseguram cuidados verdadeiramente seguros e adequados à pessoa. A reflexão sobre a humanização conduz inevitavelmente à análise da qualidade dos cuidados, entendida como um elemento fundamental na garantia de práticas que respeitem a dignidade e a singularidade da pessoa cuidada (Institute of Medicine, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a qualidade dos cuidados em saúde como a prestação de cuidados seguros, eficazes, centrados na pessoa, oportunos, equitativos e eficientes (OMS, 2020), mostrando que a qualidade não se limita aos resultados clínicos, e inclui a experiência da pessoa e da família ao longo do processo de saúde-doença. Esta perspetiva reforça a ligação entre a qualidade e a humanização, ao valorizar a singularidade da pessoa.

A qualidade dos cuidados em saúde constitui um conceito central na organização e avaliação dos sistemas de saúde, sendo considerada pela OMS como um objetivo estratégico para a melhoria contínua da prestação de cuidados (OMS, 2021). Em enfermagem, esta qualidade traduz-se na capacidade de integrar segurança, julgamento profissional e atenção às necessidades da pessoa, particularmente em contextos de cuidados à PSC (Correia et al., 2025). Isto reforça a ideia de que a humanização é uma dimensão indissociável da qualidade. Intervenções tecnicamente corretas, mas que não considerem a experiência, os valores e as necessidades da pessoa, não respondem de forma plena ao que se entende como qualidade.

A segurança da pessoa assume aqui um papel central, sendo entendida como a prevenção de riscos e danos associados aos cuidados, especialmente em contextos de elevada complexidade e com uma maior probabilidade de ocorrência de incidentes (OMS, 2023). Para além de ser um pilar da qualidade, a segurança é também uma condição essencial para a humanização, uma vez que proteger a pessoa do risco de dano desnecessário faz parte do respeito pela sua dignidade (OMS, 2021).

No contexto nacional, o PNSD 2021-2026 reforça esta abordagem ao promover uma cultura de segurança focada na prevenção do erro, na aprendizagem com os incidentes e na melhoria contínua da prática (DGS, 2021), em linha com as orientações da OMS (2021), que destacam a importância de cuidados seguros e humanizados.

Aplicando esta perspetiva aos contextos de cuidados à PSC, a qualidade assume particular relevância atendendo à elevada complexidade clínica, à instabilidade e à necessidade de decisões em tempo útil. Nestes contextos, a qualidade depende da capacidade de integrar conhecimento científico, raciocínio clínico e monitorização contínua, ao assegurar intervenções seguras e adequadas às necessidades da pessoa (Bruinink et al., 2024). Para além dos resultados clínicos, a evidência reforça a importância de integrar a experiência da pessoa no processo de cuidados, nomeadamente através da perceção de cuidados humanizados, da comunicação e da relação estabelecida com os profissionais de saúde, aspetos que influenciam diretamente a satisfação e a qualidade percebida dos cuidados (Goudarzi et al., 2021). Neste sentido, a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem assume-se como fundamental, permitindo monitorizar práticas, identificar áreas de melhoria e promover cuidados mais seguros, eficazes e ajustados às necessidades da pessoa (Correia et al., 2025).

A qualidade em contextos críticos não depende apenas das competências dos profissionais, sendo também influenciada por fatores organizacionais e contextuais. A sobrelotação dos serviços, a pressão nos cuidados e a complexidade dos ambientes clínicos estão associadas a dificuldades na prestação de cuidados individualizados, comprometendo a comunicação, a continuidade dos cuidados e a segurança da pessoa (Akboğa & Gelin, 2024; Lindner & Woitok, 2021). Estes fatores evidenciam que a qualidade dos cuidados resulta de uma interação entre dimensões técnicas, humanas e organizacionais, exigindo condições que permitam aos profissionais responder de forma adequada às necessidades da PSC.

1.2 A Vulnerabilidade no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica

A compreensão da humanização dos cuidados de enfermagem conduz à reflexão sobre a vulnerabilidade enquanto fenómeno central da experiência de saúde-doença. A vulnerabilidade em saúde é descrita como um fenómeno complexo, transversal, dinâmico e contextual, resultante da interação entre condições individuais, relações interpessoais e fatores sociais e organizacionais, sendo entendida como um conceito que permite enquadrar a necessidade de cuidados (Ferreira et al., 2021; Iorhen, 2021; Macedo et al., 2020). Nos contextos de cuidados à PSC, esta condição assume particular relevância, uma vez que a instabilidade, a imprevisibilidade dos quadros clínicos e a dependência de cuidados especializados tendem a intensificar diferentes formas de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade da PSC resulta de um conjunto de fatores interligados que se relacionam com o contexto dos cuidados, com os profissionais, com o modelo de organização dos cuidados e com a própria condição clínica da pessoa. Ao nível do contexto, fatores como a organização dos serviços, o acesso aos cuidados, a disponibilidade de recursos e as condições físicas e ambientais podem potenciar a vulnerabilidade da pessoa (Iorhen, 2021; Macedo et al., 2020).

Para os profissionais de saúde, a vulnerabilidade encontra-se associada à forma como é estabelecida a relação de cuidado, marcada pela dependência da pessoa, pela tomada de decisão e pela necessidade de intervenção em situações de elevada complexidade. A qualidade da comunicação, a escuta ativa e a capacidade de reconhecer as necessidades da pessoa assumem-se como intervenções determinantes, podendo atenuar ou agravar a vulnerabilidade, particularmente em contextos caracterizados pelo medo, incerteza e perda de controlo (Liu et al., 2023; Macedo et al., 2020).

Um modelo de cuidados orientado para uma resposta rápida e para a gestão de situações agudas, pode favorecer uma abordagem centrada na dimensão técnica. Esta orientação dificulta a integração da pessoa na sua globalidade e a consideração das suas necessidades individuais, comprometendo a resposta aos cuidados e agravando a sua condição de vulnerabilidade, sobretudo em contextos de elevada complexidade clínica (Costa et al., 2024; Ferreira et al., 2021).

A própria situação crítica constitui um fator determinante, uma vez que a instabilidade clínica, a limitação funcional, a dependência de cuidados e o recurso a tecnologias complexas acentuam a vulnerabilidade física, sendo frequentemente acompanhadas por impacto emocional significativo, associado ao desconhecimento, à ameaça à vida, à incerteza e à perda de controlo (Costa et al., 2024; Liu et al., 2023). Estas condições refletem a natureza multidimensional da vulnerabilidade, que integra componentes físicas, emocionais e contextuais, influenciadas pela interação entre a pessoa, os profissionais de saúde e o ambiente de cuidados (Iorhen, 2021; Macedo et al., 2020).

Esta compreensão da vulnerabilidade, enquanto conceito multidimensional, é reforçada pela evidência recente que demonstra que esta não se limita a uma condição teórica, mas também é experienciada pela própria pessoa e pelos profissionais de saúde no contexto dos cuidados (Istanboulian et al., 2026). Do ponto de vista da pessoa, a vulnerabilidade está frequentemente associada à dificuldade de comunicação, à perda de controlo e à forma como é integrada no processo de cuidados, sendo influenciada por fatores ambientais e pela qualidade da interação com os profissionais (Angel & Vatne, 2017; Istanboulian et al., 2026). Por sua vez, os enfermeiros, como profissionais de saúde, reconhecem que estas condições podem dificultar a prestação de cuidados dignos e individualizados, gerando desafios na comunicação, na tomada de decisão e na gestão da relação no cuidado (Marchen et al., 2026). A interação entre a pessoa e o enfermeiro assume, assim, uma intervenção central, uma vez que a forma como esta relação é construída pode contribuir para atenuar ou agravar a vulnerabilidade experienciada (Angel & Vatne, 2017).

Deste modo, a vulnerabilidade da PSC deve ser compreendida como um fenómeno dinâmico e multidimensional, resultante da interação entre fatores individuais, profissionais e contextuais, exigindo uma abordagem de enfermagem que integre estas diferentes dimensões na resposta às necessidades da pessoa.

1.3 A Teoria da Enfermagem Humanística e o Modelo Concetual da Vulnerabilidade Humana

A Teoria da Enfermagem Humanística, desenvolvida por Paterson e Zderad (1988), constitui um referencial teórico que entende a enfermagem como uma prática baseada na relação interpessoal do cuidar. Na obra "*Humanistic Nursing"*, as autoras defendem que o conhecimento em enfermagem se constrói a partir das experiências vividas na prática, considerando as situações concretas de cuidado como o núcleo da ciência da enfermagem (Paterson & Zderad, 1988 *in* Ghanbari-Afra et al., 2022).

Esta teoria assenta numa matriz filosófica humanística, fenomenológica e existencial, que valoriza a liberdade, a responsabilidade e a atribuição de significado à experiência vivida. A enfermagem é entendida como um encontro humano autêntico entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, marcado pela relação, pela presença e pelo diálogo (Paterson & Zderad, 1988).

No metaparadigma de enfermagem, a pessoa é concebida como um ser único, relacional e dotado de dignidade intrínseca, que atribui significado à experiência. O ambiente é um contexto dinâmico que engloba as dimensões física, social, cultural e comunicacional que influenciam diretamente a pessoa. A saúde é um processo experienciado pela pessoa, relacionado com a qualidade de vida e o significado atribuído à experiência. A enfermagem é definida como uma resposta intencional, ética e deliberada perante uma situação humana de necessidade, na qual o enfermeiro se disponibiliza a estar com o outro e responde de forma sensível à experiência da pessoa (Paterson & Zderad, 1988).

O cuidado desenvolve-se através de diferentes formas de relação: "EU-TU", uma interação sujeito-sujeito baseada no reconhecimento da singularidade do outro; "EU-ISSO", uma interação sujeito-objeto necessária na prática clínica; e "NÓS" que representa a dimensão comunitária dos cuidados. O diálogo possibilita perceber o significado da experiência vivida e a presença traduz a intencionalidade do enfermeiro no estar com o outro (Pagliuca & Campos, 2003; Paterson & Zderad, 1988).

À luz da Teoria da Enfermagem Humanística, a humanização traduz-se num processo intencional que reconhece a singularidade da pessoa e o compromisso ético contínuo com o outro, reforçando o papel do enfermeiro enquanto recurso terapêutico, cuja presença e relação são essenciais na intervenção (Pagliuca & Campos, 2003; Paterson & Zderad, 1988). A ligação entre a teoria e a prática permite reconhecer a singularidade dos processos de saúde-doença de cada pessoa, reforçando a relevância da humanização em contextos de elevada vulnerabilidade.

Complementarmente, o Modelo da Vulnerabilidade Humana de Ada Rogers (1997) oferece um enquadramento que permite compreender a pessoa no seu contexto, integrando a interação entre recursos pessoais, ambiente e exigências da situação. Rogers (1997) concetualiza a vulnerabilidade como uma condição dinâmica e variável, afastando-se de uma visão centrada no risco individual e reforçando a necessidade de cuidados individualizados, sensíveis ao significado da experiência da pessoa.

Neste modelo, o ambiente assume um papel central, podendo atuar como fator protetor ou potenciador da vulnerabilidade, consoante os meios de suporte que a pessoa de que a pessoa dispõe ou pode vir a desenvolver (Rogers, 1997). A pessoa é entendida como um ser integral, com características pessoais inatas e adquiridas que interagem continuamente com o ambiente. Elementos como redes de apoio, acesso aos cuidados de saúde, organização dos serviços e condições físicas, influenciam a capacidade da pessoa para lidar com situações de saúde. Esta interação é particularmente relevante nos cuidados à PSC, onde a complexidade do contexto pode intensificar a vulnerabilidade (Rogers, 1997).

Compreende-se que a vulnerabilidade da pessoa, enquanto condição influenciada pelo contexto, varia consoante os recursos, o controlo sobre a situação e os apoios disponíveis. Rogers (1997) concetualiza esta dinâmica através de um modelo triangular, no qual a vulnerabilidade resulta da interação entre os recursos pessoais da pessoa e os suportes disponíveis no ambiente, sendo estes elementos dependentes entre si. A vulnerabilidade não é uma característica fixa, mas sim o resultado do equilíbrio entre estes domínios. Quando existe uma diferença entre as necessidades da pessoa e os recursos disponíveis no ambiente, a vulnerabilidade tende a aumentar; por outro lado, quando existe uma melhor correspondência entre ambos, a vulnerabilidade pode ser atenuada (Rogers, 1997).

A enfermagem assume-se, neste enquadramento, como facilitadora do processo de cuidados, promovendo a articulação entre as necessidades da pessoa e os recursos do ambiente (Rogers, 1997). O enfermeiro não se limita a identificar défices, devendo também reconhecer áreas de força e mobilizar recursos pessoais e ambientais, com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade, apoiar processos de saúde e melhorar a dinâmica entre a pessoa e o seu contexto (Rogers, 1997).

Em articulação, a Teoria da Enfermagem Humanística orienta o modo de cuidar, através do encontro humano, da presença e do diálogo nos cuidados (Paterson & Zderad, 1988), enquanto o modelo de Rogers sustenta o olhar sobre a pessoa no seu contexto, evidenciando que a vulnerabilidade varia com a interação entre recursos pessoais, ambiente e exigências da situação (Rogers, 1997). A mobilização destes referenciais, apoia uma prática individualizada que considera a pessoa e o seu contexto, reconhecendo as particularidades da experiência vivida e compreendendo que o contexto

pode aumentar ou reduzir a vulnerabilidade, o que se torna particularmente pertinente nos cuidados à PSC.

1.4 Resultados da *Scoping Review*

A sobrelotação constitui um desafio relevante nos diferentes contextos de cuidados à PSC, condicionando a privacidade, dificultando a comunicação, limitando a individualização das intervenções e fragilizando a individualidade da pessoa no processo de cuidar (Eriksson et al., 2018; Rôlo et al., 2019). Foi neste enquadramento que se elaborou a *scoping review* intitulada "*Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Serviços de Urgência Sobrelotados: Revisão Scoping*" (consoante protocolo de *scoping review* apresentado no Apêndice I), na qual se descreve a sobrelotação dos SU como um desafio para a humanização dos cuidados de saúde. A revisão incluiu doze estudos publicados entre 2015 e 2024, de natureza qualitativa, quantitativa, mista e revisões da literatura, provenientes de diferentes contextos geográficos, refletindo o caráter global desta problemática.

Embora este fenómeno possa estar presente em vários níveis da prestação de cuidados, assume particular expressão nos SU, onde a afluência elevada, a imprevisibilidade e a necessidade de resposta em tempo útil intensificam as dificuldades na organização dos cuidados (Lindner & Woitok, 2021). Para a PSC, esta realidade assume especial relevância, dado que a necessidade de vigilância contínua, intervenção atempada e tomada de decisão fundamentada exigem condições que favoreçam a continuidade dos cuidados e o reconhecimento da singularidade da pessoa.

Os resultados mostram que a sobrelotação dos SU tem um impacto multifacetado e transversal, comprometendo simultaneamente a qualidade dos cuidados prestados às pessoas, o bem-estar e o desempenho dos enfermeiros e a organização dos serviços de saúde. Para a pessoa, a sobrelotação associa-se a tempos de espera prolongados, atrasos na avaliação e no tratamento, dificuldades na comunicação clínica, perda de privacidade e menor individualização dos cuidados. Estas condições têm repercussões negativas na segurança, na satisfação e nos resultados em saúde, particularmente em populações mais vulneráveis (Elder et al., 2015; Eriksson et al., 2018; Leong-Nowell et al., 2023; Lindner & Woitok, 2021; MacIsaac & Peter, 2025; Morley et al., 2018). Nos enfermeiros, foram identificados níveis elevados de sobrecarga física e emocional, dificuldades na priorização dos cuidados, aumento do risco de erro, desgaste psicológico e sentimentos de frustração e impotência (Akboğa & Gelin, 2024; Eriksson et al., 2018; Kongcheep et al., 2022; Silva Júnior et al., 2020). Do ponto de vista organizacional, a evidência expôs falhas no fluxo de pessoas, no bloqueio de acesso aos serviços, no uso ineficiente de recursos e na necessidade de estratégias estruturais focadas na reorganização dos processos, na dotação segura de profissionais e na melhoria da coordenação

entre serviços (Babatabar-Darzi et al., 2020; Elder et al., 2015; Kelley & Gravina, 2018; Leong-Nowell et al., 2023; Lindner & Woitok, 2021; Morley et al., 2018; Strada et al., 2019).

Estes resultados permitem compreender que a sobrelotação fragiliza as dimensões centrais da humanização, nomeadamente a individualidade da pessoa, a comunicação, a privacidade, a dignidade e o reconhecimento da experiência vivida. Estes aspetos são reconhecidos na literatura como determinantes para a qualidade dos cuidados, para a segurança e para a experiência da pessoa no processo de cuidar (Rôlo et al., 2019; Santos et al., 2023; Sonis et al., 2018).

À luz da Teoria da Enfermagem Humanística, as exigências associadas à prestação de cuidados em contextos sobrelotados, decorrentes da priorização das intervenções e da necessidade de uma resposta rápida, dificultam o encontro autêntico entre enfermeiro e pessoa cuidada. Por sua vez, o Modelo de Rogers permite compreender a sobrelotação como um fator contextual que acentua a vulnerabilidade, ao desequilibrar a relação entre recursos pessoais, suportes ambientais e exigências da situação. Assim, os resultados da revisão tornam evidente a necessidade de práticas de enfermagem especializadas, humanizadas e ajustadas ao contexto, particularmente em SU.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A caracterização dos locais de estágio constitui uma etapa fundamental para a compreensão do percurso de desenvolvimento de competências, uma vez que a prática de enfermagem se constrói em estreita relação com as particularidades de cada contexto.

De acordo com o perfil de competências do EE em EMC, estas devem ser mobilizadas em contextos de elevada diferenciação, exigindo a integração de conhecimentos, capacidades técnicas e raciocínio clínico avançado em situações reais da prática (OE, 2019). Neste sentido, a realização de estágios em diferentes ambientes de cuidados, permite a exposição a situações clínicas diversificadas, favorecendo a mobilização de conhecimentos, o desenvolvimento do raciocínio crítico e a adaptação da intervenção às suas especificidades (OE, 2021).

Apresentam-se, de seguida, as descrições dos contextos onde decorreram os estágios, com o objetivo de enquadrar a análise do percurso formativo e das competências desenvolvidas.

2.1 Serviço de Urgência Geral

Para primeiro contexto, o estágio foi realizado num SU Médico-Cirúrgico, integrado num hospital geral público pertencente a uma Unidade Local de Saúde da área metropolitana de Lisboa. Esta instituição serve uma população estimada em cerca de 550.000 a 600.000 habitantes, abrangendo dois municípios. De acordo com a classificação dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, definida pelo Ministério da Saúde, trata-se de um Hospital Geral (Grupo II), com um nível intermédio de diferenciação e com a integração de múltiplas valências clínicas (Ministério da Saúde, 2016b). No âmbito do Serviço Nacional de Saúde, os hospitais gerais asseguram a prestação de cuidados diferenciados, de acordo com a sua capacidade e área de influência (Governo de Portugal, 2025). Apesar da sua classificação formal, apresenta características organizacionais compatíveis com uma instituição de média/grande dimensão, evidenciando uma elevada capacidade de resposta na região onde se insere.

A instituição dispõe de várias especialidades clínicas, incluindo medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, radiologia, imunohemoterapia e reabilitação, além de algumas valências complementares como cardiologia e oftalmologia.

O SU é caracterizado por um elevado volume de afluência, com média superior a 700 admissões diárias, das quais uma parte significativa corresponde a situações de menor gravidade

clínica, classificadas como pouco urgentes ou não urgentes segundo os critérios de triagem, definidos pelo Sistema de Triagem de Manchester (Costa et al., 2020).

De acordo com Prescott et al. (2024), cerca de 43% dos episódios atendidos em SU correspondem a situações de baixa prioridade clínica, classificados como pouco urgentes ou não urgentes (cores verde e azul do Sistema de Triagem de Manchester, respetivamente). Esta realidade contribui diretamente para uma elevada concentração de pessoas no espaço físico do serviço e para um aumento da exigência para com as equipas de saúde, nomeadamente ao nível da priorização, da gestão do tempo e da organização dos cuidados (Prescott et al., 2024). Entre os fatores que contribuem para esta realidade, destacam-se a permanência de pessoas com alta clínica a aguardar resposta social ou vaga de internamento, o que compromete a qualidade e segurança dos cuidados e favorece fenómenos de sobrelotação.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, esta apresenta uma constituição compatível com os princípios de qualidade e dotação segura preconizados pela OE (2017b), nomeadamente no que se refere à adequação do número de enfermeiros e à organização dos cuidados, de acordo com o enquadramento definido para os serviços do Serviço Nacional de Saúde. A equipa evidencia ainda uma aposta consistente na formação contínua, sendo promovidas regularmente ações formativas internas e externas, que contribuem para o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais.

A prática de cuidados é orientada por uma filosofia centrada na pessoa, que valoriza a individualidade, a dignidade e a participação ativa no processo de cuidados, promovendo uma abordagem que integra não só a dimensão clínica, mas também as necessidades emocionais e sociais da PSC.

Quanto ao ambiente físico do SU, este apresenta limitações inerentes ao elevado volume de afluência, que podem comprometer a experiência da pessoa. A elevada concentração de pessoas no espaço físico, associada à necessidade de resposta em tempo útil, dificulta a garantia da privacidade, conforto e individualização dos cuidados, aspetos particularmente relevantes em situações de maior fragilidade. Relativamente à presença da família, o espaço disponível e as áreas específicas do SU nem sempre permitem a sua permanência junto da pessoa, sobretudo em períodos de maior procura. Ainda assim, a equipa procura promover a comunicação e o envolvimento da família sempre que possível, reconhecendo o seu papel no processo de cuidados.

Tendo em conta as características do contexto descrito e as exigências associadas à prestação de cuidados à PSC, definiram-se objetivos orientadores do percurso de estágio, alinhados com as competências comuns do EE e com as competências específicas do EE em EMC na área da PSC.

Ao nível das competências comuns, destacaram-se como principais objetivos promover uma prática profissional focada na pessoa, assegurando o respeito pela dignidade e pelos princípios ético-legais, contribuir para a melhoria da qualidade da prática, participar na gestão dos cuidados, com foco na comunicação e na articulação em equipa, e desenvolver competências reflexivas e baseadas na evidência científica.

Relativamente às competências específicas, destacaram-se como principais objetivos prestar cuidados qualificados e humanizados à PSC, monitorizar continuamente e antecipar complicações, responder a situações de emergência, prevenir e controlar a infeção e promover uma comunicação eficaz com a pessoa e a família.

Os objetivos específicos delineados para este contexto encontram-se descritos em detalhe no Apêndice II.

2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O estágio decorreu numa UCI integrada numa estrutura hospitalar militar, pertencente ao sistema de saúde das Forças Armadas portuguesas. Esta instituição tem como missão assegurar cuidados de saúde diferenciados aos militares e familiares diretos (Ministério da Defesa Nacional, 2012), podendo igualmente colaborar com o Serviço Nacional de Saúde em situações específicas, o que lhe confere características organizacionais próprias, situadas entre a lógica militar e a civil.

Nesta organização, a equipa multidisciplinar integra profissionais militares e civis, incluindo médicos e enfermeiros pertencentes aos quadros especiais de saúde das Forças Armadas e profissionais em regime civil. Esta composição confere especificidades à prática clínica, uma vez que articula princípios associados ao contexto militar, como a hierarquia, a disciplina e a prontidão, característicos da organização da cultura militar, com práticas do contexto hospitalar civil (Vicente & Baltazar, 2017).

No que se refere à equipa de enfermagem, esta apresenta uma estrutura ajustada à complexidade dos cuidados prestados em contexto de cuidados intensivos, assegurando a presença permanente de profissionais com formação diferenciada e experiência na área. A constituição da equipa, encontra-se alinhada com os princípios de qualidade e de dotação segura preconizados pela OE (2017b), garantindo a adequação dos recursos humanos às necessidades da PSC. Verifica-se ainda uma forte aposta na formação contínua, com participação regular em ações formativas e momentos de atualização promovidos pela própria instituição, que contribuem para o desenvolvimento de competências técnico-científicas e para a consolidação da prática baseada na evidência. A prestação

de cuidados é orientada por uma filosofia centrada na pessoa, que valoriza a individualidade, a dignidade e a autonomia. Simultaneamente, a prática clínica encontra-se estruturada por protocolos e normas institucionais, inerentes à complexidade e à necessidade de segurança nos cuidados intensivos, o que contribui para a padronização de intervenções e para a qualidade dos cuidados prestados.

A unidade apresenta uma organização física composta por cinco unidades de internamento, uma das quais com possibilidade de isolamento por gotículas, equipada com antecâmara, barreiras físicas e circuito de renovação de ar específico, e quatro em regime de *open space.* Dispõe de posto de enfermagem com central de monitorização, gabinetes clínicos, sala de reuniões, armazéns de material e zonas organizadas segundo circuitos diferenciados de resíduos, contribuindo para a segurança e para a prevenção e controlo de infeção. A unidade dispõe ainda de luz natural, através de janelas com visibilidade para o exterior, constituindo um elemento presente na organização do espaço físico. O artigo de Verderber (2021) descreve a luz natural como um componente relevante nos ambientes de cuidados intensivos, associando-a à orientação temporal da pessoa e ao seu bem-estar no contexto de internamento (Verderber et al., 2021).

O ambiente físico da unidade apresenta características que favorecem a prestação de cuidados diferenciados, nomeadamente ao nível da organização do espaço, da monitorização contínua e das condições de segurança. Apesar da predominância de unidades em *open space*, a existência de áreas diferenciadas e de espaços organizados permite algum controlo do ambiente envolvente, contribuindo para a gestão do conforto da pessoa.

Relativamente à presença da família, a sua integração no espaço da unidade encontra-se condicionada pelas exigências inerentes aos cuidados intensivos, nomeadamente pela necessidade de controlo de infeção e pela complexidade dos cuidados. Ainda assim, são promovidos momentos de contacto e comunicação com a família, de forma organizada, reconhecendo o seu papel no processo de cuidados e na experiência vivida pela pessoa.

No que respeita aos recursos técnicos, as unidades encontram-se equipadas com monitorização contínua de sinais vitais, bombas e seringas infusoras, bem como ventiladores mecânicos disponíveis para utilização imediata. Cada unidade dispõe de camas com funções elétricas de posicionamento e colchão de pressão alternada. É possível realizar técnicas de substituição renal, com equipamentos que permitem a sua realização de forma contínua ou intermitente. Os registos de enfermagem podem ser efetuados à cabeceira da pessoa, através de um computador individual disponível em cada unidade. A UCI localiza-se próxima da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e dispõe de acesso direto ao Bloco Operatório através de um elevador.

Tendo em conta a especificidade do ambiente da UCI, caracterizado pela elevada diferenciação tecnológica e pela necessidade de vigilância contínua, foram definidos objetivos de aprendizagem orientados para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE.

Ao nível das competências comuns, os objetivos centraram-se em promover uma prática ética e legal em situações de elevada dependência e vulnerabilidade, garantir a segurança nos cuidados em contexto de suporte avançado de vida, integrar a dinâmica da unidade e adaptar-se ao trabalho em equipa num ambiente de elevada diferenciação técnica.

Relativamente às competências específicas do EE em EMC na área da PSC, foram definidos objetivos relacionados com a monitorização contínua e interpretação de dados clínicos complexos, a antecipação de deterioração clínica, a gestão de cuidados a pessoas com suporte tecnológico avançado, a prevenção de complicações associadas à imobilidade e aos dispositivos invasivos e o desenvolvimento de estratégias de comunicação ajustadas a situações de limitação comunicacional, com envolvimento da família.

Os objetivos definidos encontram-se descritos na totalidade no Apêndice (Apêndice III).

2.3 Emergência Pré-Hospitalar

As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) constituem meios diferenciados da emergência médica pré-hospitalar, integrados no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e ativados através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. Estes meios articulam-se com os SU hospitalares, funcionando como uma extensão da resposta diferenciada à PSC no contexto pré-hospitalar (INEM, 2017).

A VMER tem como principal objetivo assegurar a deslocação rápida de uma equipa diferenciada, constituída por médico e enfermeiro, ao local da ocorrência, permitindo a implementação precoce de intervenções avançadas de suporte de vida e a estabilização da pessoa em situações de elevada gravidade clínica. Encontra-se equipada com material e fármacos que permitem a abordagem de emergências médicas, traumáticas, obstétricas e pediátricas, intervindo em diferentes cenários e faixas etárias. Para além da resposta direta à situação de emergência, integra circuitos prioritários, como as vias verdes do acidente vascular cerebral, coronária e trauma, contribuindo para o encaminhamento atempado da pessoa, desde o local da ocorrência até à unidade de referência mais adequada.

A ambulância de SIV assegura uma intervenção intermédia entre o Suporte Básico de Vida e o Suporte Avançado de Vida, sendo tripulada por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar. Dispõe de equipamento que permite a avaliação, estabilização e monitorização da PSC no contexto pré-hospitalar, favorecendo a articulação com os SU.

O contexto pré-hospitalar foi selecionado pela complexidade das situações e pela diversidade dos cenários de intervenção, que exigem elevada capacidade de adaptação, raciocínio clínico e competências comunicacionais avançadas, nomeadamente pela necessidade de estabelecer comunicação eficaz em contextos de urgência e emergência, frequentemente com tempo limitado, em ambientes adversos e com pessoas em situações de elevada vulnerabilidade. A PSC encontra-se frequentemente em ambientes não controlados, exposta a fatores físicos, ambientais, emocionais e sociais que agravam a sua vulnerabilidade, tornando essencial uma abordagem que minimize o impacto destes fatores.

No âmbito da organização da emergência médica em Portugal, os Despachos n.º 5561/2014, de 23 de abril, alterado pelo Despacho n.º 1858/2016, de 5 de fevereiro, e o Despacho n.º 5058-D/2016 assumem particular relevância por estabelecerem princípios orientadores para a integração dos cuidados pré-hospitalares, hospitalares e de transporte inter-hospitalar do doente crítico. A atividade de emergência médica é entendida como um *continuum* de cuidados que se estende desde a

intervenção pré-hospitalar até aos cuidados intensivos, sendo que "*a sua articulação, integração e continuidade (…) são fundamentais para o sucesso de toda a cadeia de cuidados médicos de emergência*" (Ministério da Saúde, 2014, p.11124). Neste contexto, a VMER e a SIV assumem um papel central na estabilização e no transporte do doente crítico, integrando equipas diferenciadas e permitindo uma atuação rápida e adequada às situações de emergência. Paralelamente, o Despacho n.º 5058-D/2016 reforça a necessidade de garantir uma resposta integrada no transporte inter-hospitalar, defendendo que este "*deve ser assegurado através do SIEM (…) possibilitando uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios, que melhor assegura a qualidade e segurança do doente*" (Ministério da Saúde, 2016a, pp. 12164-[5]), salvaguardando simultaneamente a disponibilidade operacional das VMER e a adequada integração das equipas SIV nos SU.

As equipas da VMER e da SIV integram profissionais com formação diferenciada em emergência pré-hospitalar e cuidados à PSC, sendo frequente a presença de EE em EMC. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE, a intervenção nestes contextos exige competências avançadas que permitam responder à complexidade clínica, à imprevisibilidade das situações e às necessidades da pessoa e da sua família ao longo de todo o processo de emergência, reforçando a importância de uma atuação especializada, articulada e centrada na segurança e na humanização dos cuidados (OE, 2019a).

Para além da atividade desenvolvida no terreno, a equipa participa em projetos nas áreas do trauma, sépsis e acidente vascular cerebral, bem como em iniciativas de formação e colaboração com entidades de proteção civil. Destaca-se ainda a realização regular de ações formativas, de caráter institucional e entre pares, com frequência quase semanal, que permitem a atualização contínua e a renovação do conhecimento. Esta dinâmica evidencia uma organização orientada para a qualidade, articulação entre os intervenientes e melhoria contínua dos cuidados.

A intervenção em contexto pré-hospitalar, marcada pela imprevisibilidade das ocorrências e pela necessidade de atuação imediata no terreno, orientou a definição de objetivos de estágio ajustados às competências comuns e específicas do EE em EMC na área da PSC.

No âmbito das competências comuns, os objetivos centraram-se no desenvolvimento de uma prática ética e legal em contexto de emergência, na promoção da qualidade e da segurança dos cuidados em ambientes não controlados, na participação na organização da resposta pré-hospitalar em coordenação com os diferentes meios do SIEM e no desenvolvimento de competências de adaptação, gestão emocional e tomada de decisão em cenários de elevada imprevisibilidade.

Relativamente às competências específicas, foram definidos objetivos focados na avaliação e intervenção rápida no local da ocorrência, na definição de prioridades clínicas em contextos tempo-

dependentes, na estabilização da pessoa e na garantia da continuidade dos cuidados durante o transporte da pessoa, na prevenção de riscos associados ao ambiente extra-hospitalar e na promoção de uma comunicação eficaz com a pessoa e a família em situações de crise.

Os objetivos específicos delineados para este contexto encontram-se apresentados em detalhe no Apêndice IV.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Após a compreensão das especificidades organizacionais e clínicas que influenciam a prestação de cuidados à PSC em cada contexto de estágio, procede-se à análise crítica do processo de desenvolvimento das competências do EE, tendo por base as experiências vividas, nomeadamente no SU geral, na UCI e nos meios de emergência pré-hospitalar, locais onde a dualidade entre o ambiente altamente tecnológico e a fragilidade humana exige um olhar clínico diferenciado.

A análise será orientada pelos referenciais normativos que enquadram a intervenção do enfermeiro em contextos críticos, nomeadamente o Regulamento n.º 140/2019, que define as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, organizadas nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Será igualmente considerado o Regulamento n.º 429/2018, que estabelece as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, incluindo a área da EMC na vertente da PSC. No entanto, o desenvolvimento de competências não é visto apenas como um domínio técnico, mas como uma resposta à vulnerabilidade da PSC. Nesse sentido, a análise é também sustentada pelos referenciais teóricos previamente mencionados (Paterson & Zderad, 1988; Rogers, 1997), focando-se nas relações interpessoais e compreendendo que a vulnerabilidade depende da interação dinâmica entre os recursos pessoais da PSC e as exigências do ambiente.

Estes referenciais articulam-se com os Descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos, definidos no Decreto-Lei n.º 74/2006, que orientam o desenvolvimento de competências avançadas, nomeadamente a integração de conhecimentos, a gestão de situações complexas, a formulação de juízos fundamentados e a comunicação clara (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006). Complementarmente, os PQCE em EMC, na área da PSC, definidos pela OE, estruturam-se em sete domínios fundamentais da intervenção especializada, nomeadamente a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (OE, 2017b), orientando a excelência do exercício profissional em contextos de elevada complexidade clínica, onde a vulnerabilidade da pessoa exige uma tomada de decisão que equilibre a segurança clínica com a preservação da dignidade humana (Rogers, 1997).

A conjugação destes referenciais evidencia que o percurso formativo em contexto de estágio ultrapassa a aquisição de competências técnicas, promovendo o pensamento crítico, a autonomia profissional e a reflexão, desenvolvidos através da prestação de cuidados à PSC, da tomada de decisão em contextos complexos, da priorização de intervenções em tempo útil e da adaptação contínua aos diferentes contextos, da análise crítica da prática e do recurso à evidência científica, que sustentaram o desenvolvimento do raciocínio crítico e da tomada de decisão fundamentada.

O EE é reconhecido como um profissional detentor de competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados diferenciados em contextos complexos, assumindo também responsabilidades ao nível da gestão dos cuidados, da supervisão clínica e do desenvolvimento profissional (OE, 2019b). Complementarmente, o Regulamento n.º 429/2018 explicita que, na área da PSC, este profissional desenvolve competências especializadas na avaliação clínica avançada, na priorização e na tomada de decisão em situações de instabilidade e na intervenção diferenciada em situações emergentes, mobilizando raciocínio clínico diferenciado e articulação interdisciplinar (OE, 2018).

Neste contexto, a autonomia do EE traduz-se na capacidade de tomar decisões clínicas fundamentadas, de forma independente, em situações de elevada complexidade e incerteza, assumindo responsabilidade pelos resultados das suas intervenções e pela gestão de todo o processo de cuidados. Esta autonomia assenta na integração de conhecimentos técnico-científicos, na experiência clínica e na capacidade de julgamento crítico, sendo indissociável da responsabilidade profissional (OE, 2015). Estas características aproximam-se do conceito de prática avançada em enfermagem, descrito na literatura como um nível de exercício profissional que integra conhecimento especializado, tomada de decisão complexa e elevado grau de autonomia clínica (Schober, 2020). A prática avançada não se limita à execução de intervenções diferenciadas, implica liderança clínica, capacidade de influência nos processos de decisão em saúde e participação na melhoria da qualidade dos cuidados (Nunes et al., 2024; Schober, 2020).

Neste sentido, a análise que se segue procura evidenciar não apenas a aquisição formal de competências especializadas, mas a sua mobilização numa reflexão crítica e contextualizada sobre situações reais vivenciadas na prática clínica, demonstrando como o EE atua na redução da vulnerabilidade, garantindo que cada intervenção preserve a dimensão humana do cuidado. Esta reflexão integra também a consideração das experiências vividas pela pessoa e pelos enfermeiros, particularmente em contextos de elevada exigência, enquanto base para identificar oportunidades de melhoria na qualidade, segurança e humanização dos cuidados (Akboğa & Gelin, 2024; Eriksson et al., 2018).

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

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

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

(OE, 2019, p. 4745)

O desenvolvimento das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, tornou-se visível na forma como as decisões clínicas foram sustentadas por um enquadramento legal, princípios éticos e raciocínio clínico avançado. Em contexto de urgência e cuidados intensivos, a priorização de intervenções, a gestão de informação sensível e a articulação com a equipa multidisciplinar, exigiram decisões fundamentadas, não apenas na evidência científica, mas também no respeito pela autonomia e pela dignidade da pessoa, assegurando sempre a individualização das intervenções às necessidades reais da pessoa. Um exemplo concreto ocorreu no acompanhamento de uma pessoa com tetraplegia internada na UCI, em que o processo de adaptação ao levante e à utilização de uma cadeira de rodas personalizada exigiu a articulação entre a equipa de enfermagem e a equipa de fisioterapia, garantindo uma abordagem centrada nas capacidades e nos objetivos da pessoa e da sua família, promovendo, de forma gradual, a sua autonomia. Esta abordagem evidencia que, como EE, a intervenção não se limita a executar a técnica do levante de forma segura, mas atua perante a premissa de promoção do bem-estar, da autonomia e da valorização das capacidades individuais da pessoa, garantindo uma abordagem holística e participativa nos cuidados.

Esta atuação articula-se com o domínio da satisfação do cliente, no âmbito dos PQCE em EMC, que valorizam a gestão da comunicação e da informação à pessoa e família face à complexidade da situação clínica, o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na empatia e confiança, e a intervenção do EE de forma precisa, eficiente, em tempo útil e holística, minimizando o impacto da situação crítica e das alterações associadas ao processo de cuidados (OE, 2017b).

A prática em ambientes de elevada complexidade está associada à capacidade do enfermeiro de articular o conhecimento técnico-científico com os valores profissionais, nomeadamente os princípios éticos consagrados no Código Deontológico da OE, promovendo cuidados seguros, eticamente sustentados e focados na pessoa (Grace, 2018; OE, 2015). A construção de um processo de saúde-doença, em parceria com a pessoa e a família e em articulação com a equipa multidisciplinar, sempre que clinicamente possível, constitui um aspeto relevante no desenvolvimento desta

competência, sobretudo quando a comunicação era difícil ou existiam limitações terapêuticas, demonstrando que a tomada de decisão partilhada contribui para uma prática mais ética e reforça a confiança na relação terapêutica, particularmente em contextos críticos onde a vulnerabilidade da pessoa se encontra acrescida (Elwyn et al., 2012; Kon et al., 2016). Analisando na perspetiva dos referenciais teóricos que sustentaram a prática, compreende-se que, enquanto EE, a intervenção constitui um recurso externo essencial, compensando a fragilidade dos recursos pessoais da PSC e protegendo-a das ameaças de um ambiente tecnológico, incerto e, muitas vezes, impessoal.

A participação nas discussões clínicas, em equipa multidisciplinar, permitiu desenvolver um posicionamento ético e fundamentado, possibilitando, gradualmente, uma maior intervenção nas decisões relativas aos cuidados prestados, o que está alinhado com a evidência que aponta o diálogo interdisciplinar como um elemento central na resolução de dilemas éticos em ambientes de cuidados agudos (Afenigus & Sinshaw, 2025). Em situações de potencial limitação do esforço terapêutico, a intervenção exigiu capacidade de argumentação clínica fundamentada e ética, contribuindo para a clarificação de prioridades terapêuticas em articulação com a equipa e a família. Esta participação reflete um exercício de responsabilidade profissional que integra o julgamento clínico, crítico e reflexivo. A avaliação crítica das decisões tomadas e dos seus resultados favoreceu também a aprendizagem reflexiva e a consolidação do raciocínio crítico. Esta capacidade de análise é característica da prática avançada em enfermagem, na medida em que contribui para o desenvolvimento de competência ética e para a maturidade profissional, permitindo ao enfermeiro ajustar intervenções futuras (Hamric et al., 2019; Whitfield et al., 2024).

O desenvolvimento destas competências foi visível na preocupação constante em salvaguardar a dignidade, a privacidade e os direitos da pessoa. A adaptação da comunicação ao estado clínico da pessoa, a proteção da confidencialidade da informação e a antecipação das situações potencialmente geradoras de aumento da vulnerabilidade, contribuíram para uma prática mais segura e centrada na pessoa.

Como contributo para o serviço, na UCI, foi desenvolvido um instrumento facilitador da comunicação das necessidades da PSC, quando a comunicação verbal se encontrava comprometida (Apêndice V), o qual permanece disponível na unidade para utilização pelos profissionais envolvidos no processo de cuidados. Durante a sua implementação, este recurso foi visto como um contributo para o fortalecimento da relação terapêutica e para o aumento da confiança da pessoa nos cuidados prestados, em articulação com o enfermeiro orientador e com um enfermeiro especialista responsável pela ligação ao Gabinete do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). A implementação deste instrumento reflete o diálogo, como proposto por Paterson e Zderad (1988), garantindo que, mesmo perante a falha da comunicação verbal, se

mantenha uma relação terapêutica favorável e se reconheça a PSC como interveniente ativo no seu processo de cuidados, reduzindo assim a sua vulnerabilidade (Rogers, 1997). Para a PSC, os PQCE em EMC reforçam a necessidade de adaptar a comunicação interpessoal à condição clínica da pessoa, nomeadamente através da utilização de estratégias que facilitem a relação terapêutica em situações de limitação da expressão verbal, garantindo a sua participação no processo de cuidados e a preservação da sua dignidade (OE, 2017b).

Neste domínio, o desenvolvimento das competências descritas evidencia-se também à luz dos Descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos, nomeadamente na capacidade de formular juízos em contextos de informação limitada ou incompleta, integrando dimensões éticas, legais e sociais nas decisões clínicas. A atuação em situações complexas e incertas exigiu a mobilização de raciocínio crítico e a ponderação das implicações das decisões tomadas, refletindo um exercício profissional autónomo e responsável (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

> *B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*
>
> *B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.*
>
> *B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.*
>
> *B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.*
>
> (OE, 2019, pp. 4747-48)

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, a prática desenvolvida ao longo dos estágios baseou-se na participação ativa em iniciativas formativas e projetos orientados para a segurança, humanização e qualidade dos cuidados, e na integração crítica desses conhecimentos nos diferentes contextos de estágio. A análise teve, ainda, em consideração o impacto que os contextos de elevada exigência têm nos profissionais de saúde, especialmente nos enfermeiros. Estes relatam aumentos do nível de stress, da pressão associada à carga de trabalho, da dificuldade em manter cuidados atempados e a diminuição da qualidade e da disponibilidade para orientar elementos menos experientes, permitindo identificar oportunidades de melhoria na qualidade dos cuidados (Akboğa & Gelin, 2024; Morley et al., 2018).

De acordo com os PQCE em EMC na área da PSC, a melhoria contínua da qualidade assenta na implementação de intervenções baseadas na evidência, na monitorização da prática e na adoção de estratégias organizacionais que promovam a qualidade e segurança dos cuidados especializados (OE, 2017b). A realização de uma sessão formativa dirigida aos profissionais da SIV intitulada "*A Família no*

cenário Pré-hospitalar: Implicações na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica" (Apêndice VI) surgiu após a discussão de ideias com a enfermeira orientadora e o coordenador da equipa de enfermagem, onde foi possível a identificação de lacunas no quotidiano da equipa do contexto pré-hospitalar, entre elas, a necessidade de compreender de que modo a família deve ser integrada de forma consistente nos cuidados à PSC. A formação constituiu um contributo relevante para a disseminação de boas práticas, ao promover a reflexão sobre o impacto da presença da família na segurança dos cuidados prestados, permitindo simultaneamente partilhar aprendizagens e estimular o pensamento crítico da equipa relativamente à humanização dos cuidados em contextos críticos, reforçando a intervenção do EE.

Esta iniciativa formativa fundamenta-se na visão da Teoria Humanística, ao reconhecer que a humanização implica incluir a família no processo de cuidados, transformando o cenário pré-hospitalar num espaço de diálogo e relações humanas com a pessoa e a sua família (Paterson & Zderad, 1988). O retorno obtido foi globalmente positivo, embora tenha também permitido identificar aspetos que poderiam ter sido mais explorados no decorrer da sessão. Esta intervenção é coerente com a orientação da OE sobre a qualidade dos cuidados especializados em EMC, que valoriza a adoção de guias orientadores de boa prática baseados na evidência como suporte à qualidade, segurança e consistência da intervenção especializada (OE, 2017b).

A participação em ações formativas, nomeadamente nas áreas do desenvolvimento de projetos de melhoria contínua em EMC, simulação clínica em contexto de urgência e gestão de recursos em cenários críticos, e vide anexos (Anexos I até XXI), contribuiu para consolidar conhecimentos sobre a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa, favorecendo a incorporação de estratégias mais estruturadas na prática diária. Estas formações favoreceram a reflexão sobre a importância da avaliação contínua da prática clínica e da adaptação das intervenções às necessidades reais das pessoas.

A competência manifestou-se também através da elaboração de jornais de aprendizagem, com recurso ao Ciclo de Gibbs, em cada contexto de estágio (Apêndices VII, VIII e IX), permitindo uma análise sistemática das experiências vividas e promovendo uma postura reflexiva orientada para a melhoria das intervenções futuras, através da realização de planos de ação. Destaca-se, por exemplo, a reflexão realizada em contexto pré-hospitalar perante uma situação de paragem cardiorrespiratória (PCR), que evidenciou a importância da comunicação eficaz entre equipas e da gestão do ambiente envolvente em cenários de elevada pressão. Também a reflexão realizada em contexto de UCI, centrada nas dificuldades de comunicação com a pessoa e a família em situação de doença crítica crónica, reforçou a necessidade de adaptação de estratégias comunicacionais e de maior investimento na relação terapêutica. Adicionalmente, a experiência em contexto de urgência permitiu identificar

fragilidades ao nível da coordenação e liderança clínica, evidenciando o impacto destas dimensões na segurança da pessoa e na eficácia da resposta da equipa. Esta abordagem favoreceu a identificação de oportunidades de melhoria e a incorporação de estratégias adequadas às necessidades reais, alinhadas com os PQCE em EMC, nomeadamente no que respeita à gestão da comunicação e da informação à pessoa e família, bem como à promoção de intervenções seguras e focadas na pessoa (OE, 2017b).

Ainda, no SU, foi elaborado um póster, intitulado "*Comunicação e Registos na Sala de Reanimação*" (Apêndice X), estruturado segundo a abordagem *Airway*, *Breathing*, *Circulation*, *Disability* e *Exposure* (ABCDE), uma abordagem sistematizada e baseada em prioridades que orienta a avaliação e intervenção na PSC, permitindo identificar e atuar precocemente sobre condições que podem ameaçar a vida, e orientar a sistematização dos registos de enfermagem (Bruinink et al., 2024).

Esta iniciativa surgiu da identificação de uma necessidade do serviço, caracterizada pela presença de uma equipa com pouca experiência profissional e pela elevada rotatividade de profissionais, o que, por vezes, se traduz em formas distintas de documentar as intervenções clínicas e na ausência de um padrão consistente nos registos realizados em contexto de sala de reanimação. O póster teve como objetivo promover a uniformização da comunicação e dos registos de enfermagem, contribuindo para a segurança e para a garantia da continuidade dos cuidados. Em linha com os PQCE em EMC na área da PSC (OE, 2017b), reforça-se a relevância de um sistema de registos consistente e estruturado, que integre as necessidades de cuidados especializados, as intervenções realizadas e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, sustentando a continuidade, a segurança e a avaliação da qualidade dos cuidados. Nesta perspetiva, a uniformização de registos e a sistematização da abordagem ABCDE funcionam como recursos ambientais e organizacionais que o EE mobiliza para reduzir a vulnerabilidade da pessoa, diminuindo o risco de fragmentação dos cuidados e protegendo a pessoa e a sua singularidade.

A promoção de um ambiente terapêutico seguro constituiu uma preocupação transversal aos diferentes contextos clínicos, traduzindo-se na atenção constante à gestão do risco, à prevenção de incidentes e à adaptação do ambiente físico e comunicacional para com as necessidades da PSC. A organização física da unidade de cuidados intensivos, com central de monitorização e visibilidade das unidades a partir do posto de enfermagem, favorece a vigilância contínua da PSC. Estes elementos facilitam a comunicação entre profissionais e a monitorização constante da pessoa, contribuindo para ambientes clínicos mais seguros (Obeidat et al., 2022; Verderber et al., 2021).

A incorporação de aprendizagens provenientes de formação avançada lecionada nas aulas teórico-práticas do curso de mestrado e a procura de conhecimentos através da participação em congressos e *webinars*, em áreas como suporte avançado de vida, via aérea avançada e gestão de situações críticas, contribuiu para uma atuação antecipada e consciente dos potenciais riscos,

reforçando a segurança das intervenções e a capacidade de resposta a situações inesperadas. Esta abordagem reflete uma prática alinhada com os princípios da melhoria contínua e com a promoção de ambientes clínicos seguros e focados nas necessidades da pessoa, características descritas na literatura como dimensões fundamentais da intervenção especializada em enfermagem (Hamric et al., 2019). Assim, a melhoria contínua da qualidade é entendida não apenas como uma exigência, mas como um compromisso do EE em garantir que as respostas são dotadas tanto de competências técnicas como de sensibilidade humana à condição de vulnerabilidade da PSC.

À luz dos Descritores de Dublin, este domínio evidenciou a capacidade de analisar criticamente a prática, identificar oportunidades de melhoria e integrar evidência científica na qualificação dos cuidados, traduzindo-se numa intervenção mais segura, eficaz e orientada para a melhoria contínua da qualidade (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

> *C — Domínio da gestão dos cuidados*
>
> *C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.*
>
> *C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.*
>
> (OE, 2019, pp. 4748-49)

A gestão dos cuidados evidenciou-se sobretudo na capacidade de articular a tomada de decisão clínica com a dinâmica da equipa de saúde, ajustando as intervenções às necessidades da PSC e ao contexto de cuidados. Nos diferentes contextos de estágio, a adaptação dos protocolos de analgesia, implicou uma comunicação contínua com a equipa médica e uma reflexão constante sobre a adequação da terapêutica a cada situação clínica, contribuindo para uma abordagem mais individualizada e segura. Reconhecendo a vulnerabilidade como um conceito dinâmico, importa referir que, na prática, esta se manifestou, por exemplo, na avaliação constante do plano de cuidados no que toca à adequação da analgesia, particularmente em contextos de dor não controlada, que podem aumentar a ansiedade, o desconforto e a instabilidade da pessoa. A intervenção do EE, através da avaliação contínua e do ajuste dos protocolos terapêuticos, contribui para o alívio do sofrimento, favorecendo a estabilidade clínica e reforçando os recursos pessoais da pessoa perante um ambiente hostil. Esta forma de gestão dos cuidados encontra-se alinhada com os PQCE em EMC, no domínio da organização dos cuidados, que valoriza a utilização de metodologias de organização promotoras da qualidade e a adequação da resposta da equipa às necessidades da pessoa, assegurando uma prática eficaz, segura e ajustada ao contexto (OE, 2017b).

A identificação precoce de sinais de instabilidade clínica, como indicadores sugestivos de choque, alteração do estado de consciência, dor torácica ou hipotensão, assumiu um papel central na otimização dos cuidados, permitindo antecipar intervenções e melhorar a resposta da equipa em situações emergentes. Esta atuação foi evidente na participação ativa em episódios de PCR, tanto em contexto hospitalar, no SU, como no pré-hospitalar, integrando as equipas de SIV e VMER, onde a utilização estruturada dos algoritmos contribuiu para uma atuação organizada e eficaz (Soar et al., 2025). Para além da aplicação destes protocolos terapêuticos complexos, foi necessária a coordenação entre profissionais, a antecipação de necessidades e a gestão de tarefas em tempo real, revelando capacidade de liderança ajustada a cenários imprevisíveis. Neste âmbito, os PQCE na área da PSC reforçam a importância da existência de sistemas de triagem promotores de um atendimento sustentado em prioridades clínicas, evidenciando a relevância da priorização na gestão dos cuidados em contexto de urgência e emergência (OE, 2017b).

A capacidade de antecipação e organização de recursos foi também evidente na preparação da sala de reanimação perante a admissão iminente de uma situação de politrauma, promovendo a articulação entre profissionais e a mobilização de recursos e assegurando condições adequadas para uma resposta atempada e segura.

A integração em equipas diferenciadas, nomeadamente no turno realizado com o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) e, posteriormente, na saída da Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), ambas estruturas do INEM que asseguram uma resposta orientada para a intervenção psicológica em crise, incluindo o acionamento e a deslocação ao local, quando necessário, constituiu uma experiência relevante no desenvolvimento profissional. Esta experiência permitiu compreender melhor a importância da coordenação entre profissionais e da adaptação do estilo de atuação às exigências do contexto, reforçando a capacidade de gestão de recursos em cenários complexos e imprevisíveis (INEM, s.d.). A articulação com estas equipas de intervenção psicológica mostra a compreensão do EE sobre as diferentes dimensões da vulnerabilidade, onde os recursos da pessoa e respetiva família, em situações de crise, necessitam de um suporte externo especializado para evitar o agravamento dessa vulnerabilidade (Rogers, 1997).

De forma transversal aos diferentes contextos, a gestão dos cuidados refletiu-se ainda na melhoria da comunicação clínica, na participação ativa nos momentos de decisão em equipa, nos *briefings* e *debriefings* e na capacidade de reconhecer quando repensar intervenções ou referenciar a pessoa para outros profissionais de saúde, contribuindo para a segurança e continuidade dos cuidados. A utilização de registos eletrónicos à cabeceira da pessoa revelou-se igualmente facilitadora deste processo, ao permitir a atualização contínua da informação e o acesso imediato aos dados clínicos, promove a monitorização da evolução e a tomada de decisão em equipa. A literatura descreve que a

documentação em tempo real favorece a vigilância clínica e contribui para decisões mais seguras em contextos complexos (Yen et al., 2018). Esta atuação vai ao encontro dos princípios de liderança clínica situacional descritos na literatura, nos quais o enfermeiro adapta a sua intervenção às exigências do contexto, promovendo a coordenação da equipa e a qualidade dos cuidados em ambientes de urgência e emergência (Dias et al., 2025; Silva et al., 2014).

À luz dos Descritores de Dublin, destaca-se a capacidade de priorizar as intervenções, articular com a equipa e adaptar a resposta clínica às exigências dos contextos da prática, garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

> *D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*
>
> *D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.*
>
> *D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.*
>
> (OE, 2019, p. 4749)

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais ao longo dos diferentes contextos de estágio ocorreu através de um processo contínuo de reflexão sobre a prática, permitindo consolidar o autoconhecimento, a assertividade e a adaptação a cenários clínicos complexos. A reflexão sobre a prática incluiu também a compreensão do impacto que os contextos de cuidados críticos exercem sobre os enfermeiros, ao nível do stress e da carga emocional, da manutenção de cuidados seguros e de qualidade, reforçando a importância da autorregulação e da adaptação comportamental neste tipo de contextos (Akboğa & Gelin, 2024; Kongcheep et al., 2022). A participação em situações críticas, como em episódios de PCR, tanto em contexto pré-hospitalar como hospitalar, constituiu um momento determinante na construção da identidade profissional, exigindo não só a mobilização de competências técnico-científicas, mas também uma gestão consciente das próprias emoções perante contextos imprevisíveis e potencialmente stressantes. A necessidade de atuar em situações marcadas pela imprevisibilidade, mantendo simultaneamente a clareza comunicacional e a integração na dinâmica da equipa, contribuiu para o desenvolvimento de estratégias de autorregulação emocional e adaptação comportamental, reconhecendo que a forma como a experiência é interpretada e gerida influencia diretamente a qualidade da prática e da relação terapêutica (Peñacoba et al., 2021).

A exposição a cenários críticos implica a mobilização de fatores protetores, como a resiliência e a capacidade de resposta perante situações complexas e imprevisíveis (Peñacoba et al., 2021), sendo que níveis mais elevados de inteligência emocional se associam a uma melhor gestão do stress, comunicação eficaz e colaboração em equipa, facilitando a adaptação dos enfermeiros às exigências emocionais dos contextos críticos e promovendo uma abordagem mais individualizada e segura (Abualruz et al., 2024). Esta autorregulação emocional é fundamental para o processo de cuidados, na

medida em que o autoconhecimento permite ao enfermeiro manter uma presença profissional equilibrada, sem comprometer a qualidade da sua intervenção.

A experiência vivenciada em contexto de politrauma no SU, analisada posteriormente através do ciclo de Gibbs (Apêndice VII), permitiu compreender a importância da adaptação ao funcionamento da equipa e às características organizacionais do serviço, favorecendo o desenvolvimento de uma postura mais consciente relativamente ao papel desempenhado enquanto estudante e enfermeira, e aos limites da autonomia profissional. Este processo reflexivo contribuiu para reconhecer recursos pessoais e áreas de melhoria, reforçando a capacidade de atuar de forma mais estruturada e segura em situações exigentes e imprevisíveis (Zhan et al., 2023).

Adicionalmente, foi atribuída, pelo enfermeiro orientador, a responsabilidade da realização das chamadas informativas à pessoa significativa das pessoas internadas na UCI representou um marco significativo no desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade comunicacional. Esta prática fazia parte da organização quotidiana do serviço, onde o contacto presencial com a família se encontrava limitado e apenas no período definido para visita, sendo a comunicação telefónica de informação clínica uma estratégia utilizada para assegurar a continuidade da comunicação com a pessoa significativa. A necessidade de adaptar a linguagem, gerir expetativas e transmitir a informação sensível, exigiu uma consciência constante do impacto da própria presença e das palavras no processo comunicacional, permitindo o desenvolvimento de competências de comunicação essenciais à intervenção especializada (Conte et al., 2023). Neste contexto, a assertividade comunicacional do EE assume-se como suporte à integração da família no processo de cuidados, na medida em que, ao partilhar informação clara, o enfermeiro ajuda a família a mobilizar os seus recursos internos, diminuindo a vulnerabilidade emocional imposta pelo isolamento inerente à UCI (Rogers, 1997).

Importa ainda referir que o desenvolvimento destas aprendizagens foi sustentado por um percurso formativo prévio e contínuo na área da PSC, incluindo a participação em formações, *webinars* e congressos, quer em momentos anteriores ao início do mestrado, quer, principalmente, ao longo do mesmo. Estas experiências contribuíram para a atualização de conhecimentos, para o desenvolvimento do pensamento crítico e para uma maior segurança na mobilização de competências em contexto clínico. No âmbito da prática baseada em evidência, a participação nas unidades curriculares do 1.º ano do curso de mestrado permitiu aprofundar conhecimentos em áreas como a abordagem sistemática da PSC, a interpretação de sinais de instabilidade e a atuação em situações de emergência. Nomeadamente, as aulas teórico-práticas de suporte básico de vida, suporte avançado de vida em trauma e transporte da PSC, bem como a análise e avaliação em cenários clínicos simulados, contribuíram para uma maior segurança na priorização de intervenções e na organização da resposta em contextos de elevada exigência. Para além disso, o contacto com diferentes áreas de especialidade,

como a Neurologia e a Cardiologia, bem como com medidas terapêuticas complexas, como a ventilação mecânica invasiva e o suporte extracorporal (*Extracorporeal Membrane Oxygenation* – ECMO), integrando a perspetiva de médicos e enfermeiros, permitiu desenvolver uma compreensão e avaliação mais completa da PSC, favorecendo a articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica. A abordagem de conteúdos relacionados com a comunicação e a relação terapêutica contribuiu igualmente para a adequação da intervenção às necessidades da pessoa e da sua família.

A participação em iniciativas formativas e congressos na área da PSC, incluindo formação em suporte básico e avançado de vida, gestão da via aérea e abordagem em situações de emergência, contribuiu para consolidar uma postura ativa na procura e integração do conhecimento científico na prática clínica. Este percurso é coerente com os PQCE em EMC, que valorizam a utilização da evidência científica e a formação contínua como suporte ao desenvolvimento de competências especializadas e à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados (OE, 2017b). Neste âmbito, a atualização de competências nucleares em reanimação, incluindo a renovação do curso de Suporte Básico de Vida (Anexo VIII), integrou-se numa lógica de manutenção das aptidões técnicas e clínicas em situações de PCR em qualquer um dos contextos da prática.

A reflexão sobre as experiências vividas favoreceu a construção de um raciocínio clínico mais fundamentado e a compreensão do EE como agente facilitador de aprendizagem e de desenvolvimento contínuo da prática profissional (Patel & Metersky, 2022). Este percurso contribuiu para consolidar a autonomia na tomada de decisão e uma maior segurança ao assumir responsabilidades clínicas, aproximando a prática desenvolvida das características associadas à prática avançada de enfermagem descritas na literatura internacional. Assim, o desenvolvimento destas aprendizagens permitiu consolidar uma identidade profissional onde a competência técnica e a evidência científica estão alinhadas com uma prática humanística, focada na redução da vulnerabilidade e na valorização da dignidade humana da PSC.

Neste domínio, foi demonstrada a capacidade de refletir sobre a prática de enfermagem, reconhecer áreas de melhoria e desenvolver competências de forma autónoma e progressiva, contribuindo para o aprofundamento da prática profissional fundamentada (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

> *1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*
>
> (OE, 2018, p. 19363)

A intervenção junto da PSC exigiu uma leitura contínua de sinais de instabilidade e a capacidade de integrar dados clínicos na antecipação de alterações hemodinâmicas, reconhecendo que a identificação precoce de padrões fisiológicos associados à deterioração constitui um elemento determinante na orientação da tomada de decisão e na estruturação de respostas mais seguras. Nos PQCE na área da PSC, a excelência do cuidado especializado é descrita pela necessidade de uma intervenção precisa, eficiente, em tempo útil e holística, integrando monitorização avançada, com atenção às dimensões humanas da experiência (OE, 2017b). A evidência indica que a análise integrada de parâmetros clínicos e eletrofisiológicos pode contribuir para a previsão de episódios de instabilidade hemodinâmica, reforçando a importância do raciocínio crítico na interpretação dos dados monitorizados e no planeamento de intervenções (Benson et al., 2023).

A integração do raciocínio clínico na priorização dos cuidados e na adequação do plano de cuidados, incluindo registos consistentes e orientados para a evolução clínica, foi sustentada por uma postura deliberada de pensamento crítico, reconhecido como uma competência-chave para interpretar dados complexos, lidar com a incerteza e selecionar respostas clínicas ajustadas em ambiente de elevada exigência (Gholipour et al., 2025; Koohkan, 2024). Este tipo de vigilância não se esgota na interpretação de dados, mas aprofunda a relação terapêutica com a pessoa, onde a intervenção atenta do EE permite que a tecnologia sirva de suporte ao encontro humano, garantindo que a PSC se sinta segura na sua vulnerabilidade.

A vivência de contextos clínicos diferenciados contribuiu para aprofundar a compreensão de intervenções e protocolos complexos, como cuidados à pessoa sob ventilação mecânica ou com necessidade de técnicas de substituição renal, reforçando a necessidade de vigilância contínua e registos clínicos coerentes com a evolução do seu estado clínico. Um ponto particularmente diferenciador foi a prestação de cuidados à pessoa com traqueostomia e ventilação em contexto de câmara hiperbárica, uma realidade menos frequente nos percursos formativos, mas altamente relevante pela sua especificidade técnica e pela exigência organizacional que envolve. A evidência descreve que a ventilação mecânica durante a oxigenoterapia hiperbárica é possível e, em geral, segura e recomendável, exigindo uma especial atenção a aspetos como a sedação e a sincronização do doente com o ventilador, além da adaptação de procedimentos e equipamentos ao ambiente

hiperbárico (Bessereau et al., 2017; Qi et al., 2024). De forma complementar, estudos mais recentes exploram a combinação de oxigénio hiperbárico com a ventilação "*in cabin*" em situações críticas com dificuldade de desmame, reforçando o interesse pelo tema e a necessidade de uma abordagem estruturada (Qi et al., 2024). Em cenários de alta especificidade técnica, como é a câmara hiperbárica, o EE assume-se como o principal recurso ambiental (Rogers, 1997) capaz de mediar a interação da pessoa com um meio hostil, minimizando os fatores de vulnerabilidade através de uma vigilância rigorosa e de um suporte emocional constante.

A gestão da dor e do bem-estar assumiu-se como eixo transversal aos contextos, com particular exigência quando a comunicação verbal se encontrava limitada pelo uso de ventilação mecânica, sedação ou fragilidade física, entre outros fatores. A escada analgésica da OMS permanece como referência para orientar a abordagem da dor à PSC, e a literatura reforça que, em pessoas que não conseguem comunicar, a avaliação deve apoiar-se em instrumentos e indicadores comportamentais e na reavaliação sistemática, evitando depender apenas de sinais vitais isolados (Anekar et al., 2023). Neste contexto, a reflexão sobre a interação entre terapêutica, necessidade de sedação e tolerância à ventilação ou a procedimentos, favoreceu uma tomada de decisão mais consciente, sustentada por avaliação e registos consistentes. A evidência demonstra que, em pessoas ventiladas e incapazes de comunicar verbalmente, a avaliação da dor deve recorrer a instrumentos comportamentais validados, como a *Behavioural Pain Scale* (BPS) e o *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT), permitindo uma monitorização objetiva da resposta à terapêutica, sendo que, na UCI em questão, a avaliação da dor através da primeira escala referida já se encontrava integrada nos registos de enfermagem (Marques et al., 2022).

No plano comunicacional, recorreu-se a estratégias facilitadoras, como a ferramenta desenvolvida para a UCI (Apêndice V), desenhada para reduzir barreiras, promover a expressão de necessidades reais e reforçar a participação da pessoa no seu plano de cuidados, com impacto na perceção de segurança e conforto, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade. Esta opção reforça o descrito pelos PQCE na área da PSC, que explicitam a necessidade de gestão da comunicação, da informação à pessoa e família, e da implementação de técnicas facilitadoras da relação terapêutica com a PSC (OE, 2017b).

Por fim, a prestação de cuidados a pessoas em fim de vida e a realização de cuidados *post mortem* exigiram uma abordagem centrada na dignidade, no respeito pela pessoa e respetiva família e na consciência do impacto emocional destes momentos na equipa. A literatura evidencia que cuidar em fim de vida, em contextos críticos, implica desafios específicos, como conflitos de valor, dilemas éticos e incerteza, exigindo um julgamento crítico e comunicação clara e intencional no cuidado (Afenigus & Sinshaw, 2025; Conte et al., 2023). Nesta fase, a vulnerabilidade da pessoa e da família é

absoluta. O contributo do EE passa por mobilizar todos os recursos disponíveis para garantir que é preservada a dignidade da pessoa, assegurando que os cuidados *post mortem* sejam o último ato de encontro humano autêntico e respeitoso (Paterson & Zderad, 1988; Rogers, 1997). Em consonância, os PQCE em EMC na área da PSC reforçam a necessidade de assegurar cuidados que preservem a dignidade da pessoa, promovam o conforto e integrem a família no processo de cuidados, garantindo uma atuação ética, humanizada e fundamentada nos momentos de maior vulnerabilidade (OE, 2017b). A carga emocional associada aos cuidados *post mortem* reforça a necessidade de suporte e de atribuição de significado profissional na forma como estes cuidados são vividos e integrados no quotidiano dos profissionais de saúde (Ferreira et al., 2023; Liu et al., 2023).

Nesta competência, tornam-se evidentes os descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos relativos ao conhecimento especializado e à sua compreensão, com mobilização de estratégias que permitem analisar a situação clínica, principalmente perante quadros de instabilidade, ajustando a comunicação à situação, à pessoa e à família.

> *2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.*
>
> (OE, 2018, p. 19363)

A participação em contextos de emergência permitiu desenvolver uma compreensão mais precisa da importância da avaliação sistemática e da definição de prioridades como base de uma resposta segura à PSC. A realização de turnos de observação na área da triagem em SU possibilitou compreender, de forma mais aprofundada, o funcionamento do Sistema de Triagem de Manchester, reconhecendo que a atribuição de prioridade não se baseia apenas na queixa inicial, mas na integração contínua de dados clínicos e na capacidade de avaliação do profissional. Este aspeto articula-se com os PQCE na área da PSC, que preveem a existência de um sistema de triagem promotor de um atendimento sustentado em prioridades clínicas, como elemento estruturante da segurança em contexto de emergência (OE, 2017b). A avaliação estruturada em contexto de emergência favorece uma abordagem consistente e segura, contribuindo para decisões mais ajustadas e para a organização do fluxo de pessoas (Costa et al., 2020; Suamchaiyaphum et al., 2024).

Paralelamente, a experiência em contexto pré-hospitalar reforçou a importância da triagem de sintomas e da identificação precoce de sinais de gravidade, permitindo definir prioridades terapêuticas e adequar a resposta clínica às necessidades emergentes, numa lógica de raciocínio clínico dinâmico e de responsabilidade profissional na tomada de decisão (Rubio-Navarro et al., 2020).

No contexto da sala de reanimação, a necessidade de comunicação e registos estruturados revelou-se particularmente relevante, sobretudo considerando a presença frequente de profissionais no início da carreira e a elevada rotatividade da equipa, realidade que pode multiplicar os estilos de documentação e dificultar a continuidade da informação clínica. Perante isto, o desenvolvimento do póster "*Comunicação e Registos na Sala de Reanimação*" (Apêndice X), baseado na abordagem ABCDE e focado na organização do raciocínio clínico e na sistematização dos registos de enfermagem em situações de elevada pressão, constituiu uma estratégia de apoio à prática clínica. Esta intervenção procurou apoiar a equipa a manter uma linguagem comum e favorecer a coordenação entre profissionais durante a resposta à PSC.

Ao nível organizacional, os PQCE em EMC, reforçam que a utilização de metodologias de organização dos cuidados, que sejam promotoras da qualidade, e a existência de sistemas de registo que integrem a necessidade de cuidados, as intervenções realizadas e os resultados sensíveis às mesmas, sustentam a continuidade e a avaliação da qualidade dos cuidados (OE, 2017b). Esta sistematização do cuidado, embora assente na dimensão técnica, constitui um elemento facilitador da humanização em cenários complexos. À luz da Teoria da Enfermagem Humanística, o domínio de competências técnico-científicas, suportado por protocolos claros, permite libertar recursos cognitivos do enfermeiro, favorecendo a disponibilidade para a relação interpessoal, garantindo que a tecnologia e a rapidez inerentes ao contexto não comprometem a humanização do cuidar.

A articulação entre a avaliação clínica e a organização dos meios de evacuação revelou-se igualmente essencial, no contexto pré-hospitalar, onde a decisão relativa ao transporte da PSC implica ponderar riscos, verificar os recursos disponíveis e garantir a continuidade dos cuidados. O enquadramento normativo nacional e os pareceres técnicos da OE sublinham que o transporte da PSC exige preparação técnica, uma comunicação eficaz entre equipas e o planeamento adequado das intervenções, garantindo a segurança e a estabilidade clínica ao longo de todo o percurso (OE, 2017a; SPCI, 2023). A participação em iniciativas formativas sobre o transporte aéreo, salvamento e gestão de recursos em emergência (Anexos II, VI, IX, XI e XII), bem como a participação voluntária no exercício internacional de larga escala *EU MODEX* (Anexo VII), contribuíram para aprofundar esta compreensão, permitindo desenvolver uma visão mais integrada da complexidade inerente à resposta coordenada em cenários de exceção.

No domínio da liderança e gestão em situações críticas, a experiência em cenários imprevisíveis evidenciou a necessidade de adaptação contínua do comportamento profissional às exigências da situação e da equipa. A literatura descreve que a liderança em contextos de emergência não se traduz apenas na coordenação formal, mas na capacidade de ter consciência da situação, comunicar de forma clara e ajustar as estratégias perante a evolução contínua dos eventos (Gholipour

et al., 2025; Mahmud et al., 2020). Neste sentido, a participação em formações dedicadas à gestão em catástrofe e emergência permitiu desenvolver uma visão mais integrada da organização dos recursos humanos e técnicos, favorecendo uma atuação mais estruturada perante cenários complexos (Anexos II, IX e XII).

Adicionalmente, foi realizada a consulta dos planos de emergência e evacuação dos diferentes contextos de estágio, permitindo compreender a organização dos circuitos de resposta, a distribuição de responsabilidades entre equipas e os procedimentos definidos para a atuação em situações de exceção e catástrofe. Os PQCE na área da PSC incluem ainda a utilização de metodologias de organização dos cuidados, que assegurem uma resposta eficaz e eficiente perante situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, evidenciando a articulação entre a priorização de cuidados, a gestão de recursos e a organização da prática clínica (OE, 2017b).

A vivência de uma situação de exceção decorrente do colapso temporário do sistema informático institucional no SU constituiu igualmente um momento marcante no desenvolvimento destas competências, exigindo, por parte da equipa, uma adaptação imediata a novos circuitos de trabalho e à realização integral dos registos clínicos em suporte de papel. A ausência de prescrição eletrónica e de validação automática das intervenções implicou uma atenção redobrada com a identificação inequívoca da pessoa, a dupla verificação dos cuidados e a interpretação crítica das prescrições, reforçando a importância do raciocínio crítico e da responsabilidade profissional partilhada na garantia da segurança da pessoa.

A necessidade de reorganizar fluxos, priorizar intervenções e assegurar a legibilidade e continuidade dos registos demonstrou a importância da comunicação estruturada e da colaboração entre profissionais na gestão de situações inesperadas. A liderança em cenários de exceção evidencia que a adaptação a falhas tecnológicas e a reorganização rápida dos processos de trabalho dependem da consciência sobre a situação e da capacidade de coordenação da equipa, fatores essenciais para manter a qualidade e a segurança dos cuidados mesmo em contextos de elevada exigência e imprevisibilidade (DGS, 2021; Gholipour et al., 2025; OMS, 2021). Este episódio de exceção evidenciou a intervenção do EE como o recurso humano essencial na compensação de fragilidades do ambiente tecnológico. Perante a vulnerabilidade do sistema informático, a responsabilidade profissional e o julgamento crítico do enfermeiro assumiram-se como pilares fundamentais para garantir a continuidade e a segurança dos cuidados, protegendo a PSC de potenciais erros associados à desorganização institucional.

A retoma posterior do sistema informático implicou uma segunda fase de reorganização e validação dos cuidados prestados, permitindo compreender a importância dos planos de contingência e da flexibilidade organizacional na resposta a situações de exceção em contexto hospitalar.

A atuação perante situações de violência interpessoal, física, moral ou psicológica, constituiu igualmente um momento relevante do percurso, exigindo adaptação do espaço físico e da abordagem comunicacional para garantir a segurança e proteção da vítima e da equipa multidisciplinar.

A evidência nacional em enfermagem forense reforça que o enfermeiro assume um papel fundamental na identificação precoce de indícios de crime, na preservação de vestígios e na proteção dos direitos da pessoa, articulando a dimensão clínica com responsabilidades éticas e legais (Mota et al., 2021). Em 2020, Sabri descreve a preservação de evidência médico-legal em contexto de urgência, destacando que a existência de documentação rigorosa e a manutenção da cadeia de custódia são elementos centrais na proteção da vítima e na colaboração com entidades competentes (Sabri, 2020). A articulação com a Assistente Social e com os agentes de autoridade, em situações em que o regresso ao domicílio não era seguro, evidenciou ainda a relevância do trabalho entre profissionais na continuidade dos cuidados e na resposta integrada às necessidades da pessoa.

Estas experiências contribuíram para consolidar uma atuação mais consciente do papel do EE na organização da resposta em cenários de emergência, exceção e potencial catástrofe, integrando raciocínio clínico, comunicação eficaz e capacidade de adaptação a contextos exigentes.

À luz dos Descritores de Dublin, esta competência evidenciou particularmente a aplicação do conhecimento em contextos complexos, a formulação de juízos fundamentados e a capacidade de ajustar a resposta às exigências de situações de emergência e exceção (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

> *3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*
>
> (OE, 2018, p. 19364)

A intervenção junto da PSC implicou uma atenção minuciosa às medidas de prevenção e controlo de infeção, reconhecendo que, em contextos com práticas invasivas recorrentes e múltiplos pontos de contacto, a segurança depende da consistência das práticas e da adesão rigorosa a medidas baseadas em evidência. Nos PQCE em EMC em PSC, a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção inclui a participação na conceção de um plano atualizado com base na evidência, a definição de estratégias a implementar na unidade/serviço, a liderança na implementação de procedimentos e circuitos ajustados às vias de transmissão e a capacitação das equipas (OE, 2017b).

Na prática, a utilização de equipamentos de proteção individual de acordo com o tipo de isolamento, a realização da higiene das mãos nos momentos críticos e a adoção de comportamentos de barreira adequados, constituíram dimensões transversais do desempenho em contexto de estágio, enquadrando-se nas Precauções Básicas de Controlo de Infeção, articuladas com as orientações nacionais do PPCIRA, que preconiza a implementação de estratégias estruturadas e padronizadas, como a higiene das mãos, a adoção de precauções baseadas na via de transmissão e rotinas formais de limpeza ambiental, para a prevenção da transmissão cruzada nos diferentes níveis de cuidados (DGS, 2017).

A evidência internacional reforça que a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde exige práticas consistentes e sistemáticas, integradas nas rotinas das equipas e dos serviços (OMS, 2016, 2022), demonstrando que a limpeza e a desinfeção ambiental devem ser tratadas como componentes operacionais da prevenção da infeção, com procedimentos claros, compatíveis com a prática clínica e sustentados em rotinas verificáveis, sobretudo em áreas de elevada rotatividade e contacto frequente com superfícies (Rutala et al., 2024).

Neste contexto, o EE tem uma intervenção determinante na promoção de práticas seguras, contribuindo para a implementação e monitorização de estratégias de controlo de infeção, bem como para a sensibilização da equipa para o cumprimento rigoroso das normas, ajustando-as às especificidades da PSC e do contexto de cuidados. Esta atuação articula-se com a garantia de um ambiente terapêutico seguro, ao reduzir o risco de infeção associada aos cuidados, particularmente relevante em contextos de elevada complexidade (OE, 2017b).

Ao nível organizacional, a compreensão e o cumprimento dos fluxos de gestão de recursos e da organização do material por nível de contaminação não foram encarados como um detalhe logístico, mas como parte do controlo de risco. O enquadramento nacional, através do PPCIRA (DGS, 2017) e do PNSD 2021-2026 (DGS, 2021), reforça que a segurança da pessoa depende da articulação entre práticas clínicas seguras, ambiente físico adequado e uma cultura de responsabilidade partilhada entre profissionais. Perante esta realidade, a utilização de materiais plastificados, nomeadamente cartões de comunicação e pósteres de exibição, foi também pensada numa lógica de controlo de infeções, permitindo a sua desinfeção regular e reduzindo o risco de contaminação por superfícies frequentemente manipuladas, em linha com as recomendações da OMS relativas à limpeza ambiental em contextos de cuidados críticos (OMS, 2022).

A evidência aponta que a redução de infeções associadas aos cuidados de saúde depende de práticas consistentes, sobretudo na abordagem a dispositivos e procedimentos invasivos, juntamente com a monitorização contínua das medidas implementadas (Haque et al., 2020). Neste enquadramento, a experiência com pessoas com vias aéreas artificiais e suporte ventilatório reforçou

a importância de práticas padronizadas, dado que estas reúnem múltiplos fatores de risco para infeção. Na prática, esta evidência traduziu-se na adoção de cuidados sistemáticos na manipulação de vias aéreas, integrados em *bundles* de prevenção de infeção, entendidos como conjuntos de intervenções fundamentadas e implementadas de forma articulada, nomeadamente na realização de técnica assética durante a aspiração de secreções, na vigilância contínua de sinais de infeção e na garantia do cumprimento de protocolos de higiene e segurança associados aos dispositivos, em linha com as recomendações nacionais para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2017). A orientação conjunta da *Intensive Care Society* e da *Faculty of Intensive Care Medicine* sistematiza recomendações para cuidados à pessoa com traqueostomia (McGrath et al., 2020).

No domínio da resistência aos antimicrobianos, a prática clínica permitiu desenvolver uma consciência crítica relativamente à prescrição antibiótica e às lacunas existentes na documentação terapêutica, reconhecendo o impacto destas situações na segurança da pessoa e no risco de desenvolvimento de resistências. A integração do programa de apoio à prescrição antimicrobiana no contexto hospitalar reforça o papel dos profissionais na promoção de uma utilização racional dos antibióticos, valorizando a vigilância clínica, a comunicação em equipa e a monitorização das respostas terapêuticas.

A literatura evidencia que os enfermeiros desempenham um papel central nos programas de *antimicrobial stewardship*, contribuindo para a deteção precoce de inconsistências terapêuticas e para a redução do uso inadequado de antibióticos, sendo a equipa de enfermagem essencial na preparação, administração, monitorização e eliminação dos antibióticos (van Huizen et al., 2021). Na prática, esta intervenção traduziu-se na verificação constante da prescrição antibiótica, na monitorização da resposta clínica da pessoa, na identificação de eventuais discrepâncias na terapêutica instituída e na comunicação dessas situações à equipa médica, contribuindo para uma gestão mais segura e adequada da terapêutica antimicrobiana.

De forma global, a integração das orientações nacionais com a evidência científica internacional permitiu consolidar uma prática mais consciente da relação entre segurança, prevenção da infeção e qualidade dos cuidados, reforçando o posicionamento do EE como elemento estratégico na promoção da segurança e na redução do risco de transmissão de infeções na PSC. A prevenção e o controlo de infeção assumem-se como pilares da humanização, na medida em que a excelência técnica na gestão do risco ambiental se articula com o compromisso ético de cuidar da pessoa no seu momento de maior fragilidade.

À luz dos Descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos, esta competência evidencia a capacidade de aplicação de conhecimentos técnico-científicos em contextos complexos, formular

juízos clínicos fundamentados e ajustar a intervenção com base na monitorização contínua da pessoa, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos de estágio permitiu consolidar e desenvolver competências no âmbito da prática do EE em EMC na área da PSC, evidenciando a complexidade clínica inerente à tomada de decisão em ambientes de elevada instabilidade, imprevisibilidade e exigência técnica.

Na prática, foi evidente que a segurança clínica depende da avaliação sistemática da pessoa e dos cuidados, da priorização fundamentada, da monitorização permanente, da consistência dos registos e da clareza da comunicação entre os diferentes profissionais, confirmando que a dignidade e singularidade da pessoa podem ser preservadas através da adaptação da comunicação, da promoção da participação no plano de cuidados e da atenção à dignidade, mesmo quando o tempo disponível é limitado.

A evidência reunida através da realização da *scoping review* mostrou que a sobrelotação interfere na continuidade dos cuidados, na retenção da informação, na privacidade e na individualização dos cuidados, com impacto na experiência da pessoa e na organização do trabalho das equipas. Este tipo de constrangimentos não diminui a responsabilidade profissional, e exige ainda mais rigor na comunicação, na articulação entre profissionais e na estruturação dos registos clínicos.

Perante estes resultados, a Teoria da Enfermagem Humanística ofereceu um enquadramento consistente para a interpretação as experiências vividas. A compreensão do cuidado como resposta intencional perante uma situação humana de necessidade permitiu aprofundar o olhar sobre a prática, integrando a dimensão técnica com a dimensão humana do cuidar. Em contextos complexos, como nos de necessidade de ventilação mecânica, sedação profunda, ou em situações de limitação comunicacional, tornou-se explícito que a ausência de resposta verbal não elimina a condição do sujeito como interveniente no processo de cuidados. A utilização de estratégias facilitadoras da comunicação em UCI, a preocupação com a explicação de procedimentos, mesmo quando a pessoa apresentava alteração do estado de consciência, e a atenção ao contexto físico imediato constituíram formas concretas de garantir a presença e fomentar a relação interpessoal, enquanto atitudes profissionais. A tecnologia mostrou-se indispensável à manutenção da vida, mas não substitui a responsabilidade do enfermeiro em interpretar a experiência vivida e em reconhecer a singularidade da pessoa.

De forma complementar, o Modelo da Vulnerabilidade Humana permitiu também estruturar a análise das situações vividas nos contextos de estágio, mostrando que a condição crítica não se esgota na dimensão fisiológica. A vulnerabilidade observada na urgência não resultava apenas da gravidade do quadro clínico, mas também de fatores ambientais e contextuais, como o ruído, a desorganização,

a sobrelotação e a limitação da privacidade. No ambiente pré-hospitalar, além dos fatores contextuais e ambientais, acrescem os fatores sociais e familiares, a exposição pública e a imprevisibilidade do cenário. Por último, na UCI, a dependência tecnológica e a restrição da comunicação aumentam a disparidade na relação terapêutica. Deste modo, a intervenção especializada exige o reconhecimento destes elementos contextuais e a adequação das prioridades e da atuação, procurando diminuir fatores que agravam a fragilidade e a vulnerabilidade, valorizando os recursos disponíveis.

A articulação entre o tema da humanização e estes referenciais teóricos tornou clara a ideia de que a singularidade da pessoa não é incompatível com a elevada complexidade técnica. Pelo contrário, quanto maior a dependência de suporte avançado e a instabilidade clínica, maior a responsabilidade do enfermeiro em interpretar a situação de forma global, considerando os fatores biológicos, contextuais e humanos da pessoa. A prática desenvolvida ao longo do estágio permitiu concretizar uma abordagem em que o rigor clínico e o reconhecimento da vulnerabilidade coexistem, sustentando uma atuação especializada coerente com os pressupostos teóricos que enquadram o cuidado à PSC.

O percurso desenvolvido nos estágios mostra-se alinhado com o perfil de competências definido para o EE, nomeadamente no que respeita às competências comuns previstas no Regulamento n.º 140/2019 e às competências específicas da área da PSC constantes do Regulamento n.º 429/2018. A integração do conhecimento científico, a capacidade de gestão de cuidados em contextos de elevada complexidade, a atuação baseada em princípios éticos e a adaptação das intervenções a situações emergentes e imprevisíveis permitiram consolidar, em termos globais, os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, evidenciando ligação entre o enquadramento normativo da especialidade e a prática desenvolvida nos diferentes contextos clínicos. Estas competências foram mobilizadas de forma transversal nos diferentes cenários clínicos, sustentando uma prática clínica autónoma, crítica e baseada na evidência, orientada para a qualidade e segurança dos cuidados à PSC.

O desenvolvimento das competências específicas tornou-se particularmente visível na forma como a avaliação clínica deixou de ser apenas um exercício técnico e passou a constituir um processo interpretativo contínuo. A identificação precoce de sinais de deterioração, nomeadamente alterações hemodinâmicas ou do estado de consciência, implicou a integração de dados fisiológicos com a observação clínica objetiva, permitindo antecipar a evolução da situação, ajustar prioridades e reavaliar o plano de cuidados. Em situações de emergência, esta capacidade traduziu-se na reorganização imediata das intervenções, na distribuição de tarefas e na comunicação objetiva e clara com a equipa, assegurando coerência na atuação. A vivência da falha do sistema informático no SU mostrou, de forma concreta, que a competência especializada não depende apenas do suporte

tecnológico, tendo exigido a reorganização de circuitos, o reforço da verificação da identidade, maior atenção à legibilidade dos registos e responsabilidade acrescida na validação das prescrições.

No domínio da prevenção de infeção, a prática assumiu-se como componente essencial da segurança em pessoas com dispositivos invasivos e maior vulnerabilidade associada à sua situação clínica. A consistência na aplicação de medidas de barreira, a atenção à manipulação das vias aéreas artificiais e a vigilância contínua em contexto de ventilação mecânica exigiram articulação entre conhecimento técnico e consciência do risco. Em situações de fim de vida, a competência deixou de se centrar apenas no controlo fisiológico e passou a incluir a adaptação das decisões, exigindo ponderação clínica, clareza na transmissão de informação e respeito pela pessoa e respetiva família. A intervenção nestes momentos evidenciou que a especialização não se limita à capacidade de intervir perante a instabilidade orgânica, mas inclui também a gestão das transições de cuidados e a preservação da dignidade até ao final do percurso.

O percurso permitiu progredir nos níveis de desempenho profissional, traduzindo-se numa maior autonomia, segurança e capacidade de julgamento clínico perante situações complexas, instáveis e, por vezes, desconhecidas. À luz dos Descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos, foi possível aprofundar conhecimentos previamente adquiridos, aplicá-los em contextos alargados e multidisciplinares, integrar informação que, por vezes, se encontrava incompleta, formular juízos fundamentados, considerando implicações éticas e sociais, comunicar decisões de forma clara, quer à equipa de saúde, quer à pessoa e família, e desenvolver uma postura de aprendizagem contínua, autónoma e sustentada na evidência.

De forma global, todo o percurso possibilitou a consolidação de uma intervenção especializada sustentada na articulação entre o raciocínio crítico, a consciência humana do cuidado e a análise contextual da vulnerabilidade, reforçando o papel do EE como elemento diferenciador na qualidade dos cuidados à PSC. Este percurso formativo revelou uma progressiva evolução do desempenho profissional, traduzida numa maior capacidade de antecipação, avaliação, priorização e gestão dos cuidados, bem como numa tomada de decisão mais autónoma, crítica e contextualizada. O percurso permitiu, assim, não só aprofundar competências específicas na área da PSC, mas também consolidar uma identidade profissional alinhada com uma prática reflexiva, fundamentada e centrada na pessoa.

Atendendo à natureza do relatório, centrado na descrição e análise crítica do meu percurso formativo em contextos de cuidados à PSC, foram definidas delimitações de acordo com os objetivos do trabalho, privilegiando a análise das experiências vivenciadas nos contextos de estágio e das práticas de enfermagem especializada mais relevantes para o desenvolvimento de competências, em detrimento de uma abordagem exaustiva a todas as dimensões da humanização dos cuidados. Acresce que as conclusões refletem um percurso formativo situado, desenvolvido em contextos específicos e

nas oportunidades neles vivenciadas, não tendo como finalidade esgotar todas as perspetivas sobre a prática especializada nesta área.

Neste sentido, perspetiva-se a continuidade do desenvolvimento profissional na área da PSC, com especial foco no aprofundamento da avaliação clínica avançada, da comunicação em contextos de elevada vulnerabilidade e da gestão de cuidados em cenários complexos e imprevisíveis. Assume-se igualmente como objetivo o investimento na formação contínua, na incorporação da evidência científica na prática e na participação em iniciativas de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente através do envolvimento na organização e dinamização de simulacros de situações de exceção e catástrofe no contexto de urgência, permitindo treinar a resposta a situações críticas e integrar dimensões relacionadas com a comunicação em cenários de elevada exigência. Prevê-se também o desenvolvimento de um guia de acolhimento dirigido às famílias das pessoas internadas no serviço onde me encontro a prestar cuidados atualmente, com o objetivo de facilitar a compreensão das dinâmicas do serviço, promover a comunicação com a equipa e contribuir para a redução da ansiedade associada ao contexto e à situação de saúde-doença, favorecendo a humanização das intervenções de enfermagem. Procura-se ainda, no contexto da prática diária, contribuir para uma maior sensibilização da equipa para a importância da humanização dos cuidados, assumindo progressivamente um papel de referência nesta área.

Por fim, reforça-se que este percurso constituiu uma base essencial para a consolidação da minha identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, orientando a minha prática para a singularidade da pessoa, a segurança e a humanização dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abualruz, H., Hayajneh, F., Othman, E. H., Abu Sabra, M. A., Khalil, M. M., Khalifeh, A. H., Yasin, I., Alhamory, S., Zyoud, A. H., & Abousoliman, A. D. (2024). The relationship between emotional intelligence, resilience, and psychological distress among nurses in Jordan. *Archives of Psychiatric Nursing, 51*, 108–113. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.05.014

Afenigus, A. D., & Sinshaw, M. A. (2025). Ethical dilemmas and decision-making in emergency and critical care nursing in Western Amhara region, Northwest Ethiopia: a multi-method qualitative study. *BMC Nursing, 24*(1), 295. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02958-5

Akboğa, Ö. Ş., & Gelin, D. (2024). Experiences of Registered Nurses in Overcrowded Emergency Departments: A Qualitative Study. *Journal of Education and Research in Nursing, 21*(2), 167–173. https://doi.org/10.14744/jern.2024.29938

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.

Anekar, A. A., Hendrix, J. M., & Cascella, M. (2023). WHO Analgesic Ladder. Em *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/

Angel, S., & Vatne, S. (2017). Vulnerability in patients and nurses and the mutual vulnerability in the patient–nurse relationship. *Journal of Clinical Nursing, 26*(9–10), 1428–1437. https://doi.org/10.1111/jocn.13583

Assembleia Geral das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 217 [III]. http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/

Babatabar-Darzi, H., Jafari-Iraqi, I., Mahmoudi, H., & Ebadi, A. (2020). Overcrowding management and patient safety: An application of the stabilization model. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 25*(5), 382–386. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_254_19

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

Benson, B., Belle, A., Lee, S., Bassin, B. S., Medlin, R. P., Sjoding, M. W., & Ward, K. R. (2023). Prediction of episode of hemodynamic instability using an electrocardiogram based analytic: a retrospective cohort study. *BMC Anesthesiology, 23*(1), 324. https://doi.org/10.1186/s12871-023-02283-x

Bessereau, J., Aboab, J., Hullin, T., Huon-Bessereau, A., Bourgeois, J.-L., Brun, P.-M., Chevret, S., & Annane, D. (2017). Safety of hyperbaric oxygen therapy in mechanically ventilated patients. *International Maritime Health, 68*(1), 46–51. https://doi.org/10.5603/IMH.2017.0008

Bruinink, L. J., Linders, M., de Boode, W. P., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2024). The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes. *Resuscitation Plus, 20*, 100763. https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100763

Comissão Europeia. (2015). *Explicar o quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida - ECTS Users' Guide*. Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2766/87192

Conte, H., Dorell, Å., Wedin, E., & Eckerblad, J. (2023). In their absence; intensive care nurses' experiences of communicating and supporting relatives from a distance. *BMC Nursing, 22*(1), 421. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01559-4

Correia, P., Bernardes, R. A., & Caldeira, S. (2025). Instruments for Assessing Nursing Care Quality: A Scoping Review. *Nursing Reports, 15*(9), 342. https://doi.org/10.3390/nursrep15090342

Costa, J. P. da, Nicolaidis, R., Gonçalves, A. V. F., Souza, E. N. de, & Blatt, C. R. (2020). The accuracy of the Manchester Triage System in an emergency service. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 41*(4). https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327

Costa, N., Henriques, H. R., & Durão, C. (2024). Nurses' Interventions in Minimizing Adult Patient Vulnerability During Extracorporeal Membrane Oxygenation as a Bridge to Lung Transplantation: An Integrative Review. *Sage Open Nursing, 10*, 23779608241262652. https://doi.org/10.1177/23779608241262651

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, Legislation Decreto-Lei n.º 74/2006, *I Série-A, Diário da República* (2006). https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf?form=MG0AV3

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf

Dias, D., Reis, J., Nunes, N., Ruxa, S., Severino, S., & Sousa, L. (2025). Nurse leadership and the challenges of clinical governance in emergency settings: a theoretical and reflective analysis. *Nursing Depths Series, 4*(407). https://doi.org/10.56294/nds2025407

Elder, E., Johnston, A. N. B., & Crilly, J. (2015). Review article: Systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department. *Emergency Medicine Australasia, 27*(5), 394–404. https://doi.org/10.1111/1742-6723.12446

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine, 27*(10), 1361–1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6

Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P., & Craftman, Å. G. (2018). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of Clinical Nursing, 27*(5–6), e1061–e1067. https://doi.org/10.1111/jocn.14143

Ferreira, J. B. B. s, Santos, L. L. dos, Ribeiro, L. C., Rodrigues Fracon, B. R., & Wong, S. (2021). Vulnerability and Primary Health Care: An Integrative Literature Review. *Journal of Primary Care & Community Health, 12,* 21501327211049704. https://doi.org/10.1177/21501327211049705

Ferreira, N. E. de O., Anjos, M. da S. dos, Lopes, S. M. T., Curi-Rad, E. C. M., Barros, L. M. dos R., Silva, E. C., Silva, J. S., Felipe, C. C., LIma Junior, F. A., & Leite, C. L. (2023). A importância da assistência de enfermagem frente aos cuidados do corpo pós-morte: uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development, 12*(3), e9612337913. https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.37913

Freire, S. de M. B., Fracaroli, R. Y., Nascimento, C. do F., Costa, B. A. C., Braga, G. C., & Costa, P. I. C. (2025). Advanced practice nursing and the actions performed by nurses: an analytical study / Enfermagem de prática avançada e as ações realizadas por enfermeiros: estudo analítico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 17*(e-13580). https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13580

Ghanbari-Afra, L., Adib-Hajbaghery, M., & Dianati, M. (2022). Human Caring: A Concept Analysis. *Journal of Caring Sciences, 11*(4), 246–254. https://doi.org/10.34172/jcs.2022.21

Gholipour, M., Dadashzadeh, A., Jabarzadeh, F., & Sarbakhsh, P. (2025). Challenges of Clinical Decision-making in Emergency Nursing: An Integrative Review. *The Open Nursing Journal, 19*(e18744346378311). https://doi.org/10.2174/0118744346378311250320070725

Grace, P. J. (2018). *Nursing Ethics and Professional Responsibility in Advanced Practice* (Jones & Bartlett Learning, Ed.; 3.a).

Goudarzi, F., Pour, F. J., Hasanvand, S., Ebrahimzadeh, F., & Kvist, T. (2021). Patients' Satisfaction with Humane Care in Critical Care Units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 26*(5), 455–461. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_88_20

Governo de Portugal. (2025). Decreto-Lei n.º 55/2025, de 28 de março: Procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República, 1.ª série*(62). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/55-2025-912820663

Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2019). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (Elsevier, Ed.; 6.a).

Haque, M., McKimm, J., Sartelli, M., Dhingra, S., Labricciosa, F. M., Islam, S., Jahan, D., Nusrat, T., Chowdhury, T. S., Coccolini, F., Iskandar, K., Catena, F., & Charan, J. (2020). Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections: A Narrative Overview. *Risk Management and Healthcare Policy, 13*, 1765–1780. https://doi.org/10.2147/RMHP.S269315

Istanboulian, L., Freeman-Sanderson, A., Gilding, A., Rampogu, P., Smith, K. M., & Soldatić, K. (2026). Reported contributors to communication vulnerability for adult patients in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing, 92*, 104231. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104231

Instituto Nacional de Emergência Médica. (s.d.). *CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise*. https://www.inem.pt/category/servicos/centro-de-apoio-psicologico-e-intervencao-em-crise/

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. https://www.inem.pt/quem-somos/siem/

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm*. National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10027

Iorhen, P. T. (2021). Vulnerability: Types, Causes, and Coping Mechanisms. *International Journal of Science and Management Studies (IJSMS)*, 187–194. https://doi.org/10.51386/25815946/ijsms-v4i3p116

Kelley, D. P., & Gravina, N. (2018). Every Minute Counts: Using Process Improvement and Performance Feedback to Improve Patient Flow in an Emergency Department. *Journal of Organizational Behavior Management, 38*(2–3), 234–243. https://doi.org/10.1080/01608061.2017.1423150

Khademi, M., Mohammadi, E., & Vanaki, Z. (2017). A grounded theory of humanistic nursing in acute care work environments. *Nursing Ethics (SAGE Journals), 24*(8), 908–921. https://doi.org/10.1177/0969733016638140

Kon, A. A., Davidson, J. E., Morrison, W., Danis, M., White, D. B., American College of Critical Care Medicine, & American Thoracic Society. (2016). Shared Decision Making in ICUs. *Critical Care Medicine, 44*(1), 188–201. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001396

Kongcheep, S., Arpanantikul, M., Pinyopasakul, W., & Sherwood, G. (2022). Thai Nurses' Experiences of Providing Care in Overcrowded Emergency Rooms in Tertiary Hospitals. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 26*(3), 533–548. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/258076

Koohkan, A. (2024). Critical thinking and clinical reasoning in nursing. *Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences, 2*(2), 113–114. https://doi.org/10.32598/JNACS.2411.1072

Kvande, M. E., Angel, S., & Højager Nielsen, A. (2022). "Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)". *Nursing Ethics, 29*(2), 498–510. https://doi.org/10.1177/09697330211050998

Leong-Nowell, T. A., Tamani, L., & Kaspar, A. (2023). Access block and overcrowding at the emergency department at Tupua Tamasese Meaole Hospital in Samoa. *International Journal of Emergency Medicine, 16*(1), 32. https://doi.org/10.1186/s12245-023-00512-1

Lindner, G., & Woitok, B. K. (2021). Emergency department overcrowding. *Wiener klinische Wochenschrift, 133*(5), 229–233. https://doi.org/10.1007/s00508-019-01596-7

Liu, Y., Ying, L., Zhang, Y., & Jin, J. (2023). The experiences of intensive care nurses coping with ethical conflict: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing, 22*(1), 449. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01612-2

Macedo, J. K. S. dos S., Santos, A. A. P. dos, Costa, L. P. dos S., Lima, A. F. S., Lima, J. L. R. de, & Vasconcelos, B. M. V. de. (2020). Vulnerabilidade e suas dimensões: reflexões sobre os cuidados de enfermagem aos grupos humanos. *Revista Enfermagem UERJ, 28*, e39222. https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.39222

MacIsaac, Meghan, & Peter, Elizabeth. (2025). Emergency department crowding: An examination of older adults and vulnerability. *Nursing Ethics, 32*(1), 99–110. https://doi.org/10.1177/09697330241238333

Mahmud, A., Mohammad, Z., & Abdullah, K. A. (2020). Leadership in Disaster Management: Theory Versus Reality. *Journal of Clinical and Health Sciences, 5*, 4. https://doi.org/10.24191/jchs.v5i1.9818

Marchen, R. A., Lauritzen, J., Kvande, M. E., Damsgaard, J. B., Schneider, M. V., Delmar, C., Andresen, B., Nesbø, K., Nilsen, C. B., Iversen, M., Smebye, K. L., Jansen, T. L., & Hillestad, A. H. (2026). Vulnerability Within a Nursing Clinical Practice. A Qualitative Review. *Sage Open Nursing, 12*. https://doi.org/10.1177/23779608261428745

Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare, 10*(6). https://doi.org/10.3390/healthcare10061075

McGrath, B. A., Wallace, S., Bonvento, B., Lynch, J., Coe, B., & Atkinson, D. (2020). *Guidance For: Tracheostomy Care.* https://www.ficm.ac.uk/sites/ficm/files/documents/2021-11/2020-08%20Tracheostomy_care_guidance_Final.pdf

Medeiros, A. C. de, Siqueira, H. C. H. de, Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S. dos S., & Thurow, M. R. B. (2016). Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 50*(5), 816–822. https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600015

Meneses-La-Riva, M. E., Fernández-Bedoya, V. H., Suyo-Vega, J. A., Ocupa-Cabrera, H. G., & Paredes-Díaz, S. E. (2025). Humanized Care in Nursing Practice: A Phenomenological Study of Professional Experiences in a Public Hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*(8). https://doi.org/10.3390/ijerph22081223

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. *Diário da República, I Série-A*(N.º 60), 2242-2257. Obtido de https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf

Ministério da Defesa Nacional. (2012). Decreto-Lei n.º187/2012, de 16 de agosto: Cria o Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas. *Diário da República, 1.ª série*(158). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/187-2012-175321

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 5561/2014. *Diário da República, 2.ª série*(79), 11123–11124. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/04/079000000/1112311124.pdf

Ministério da Saúde. (2016a). Despacho n.º 5058-D/2016. *Diário da República, 2.ª série*(72), 12164–12168. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/04/072000002/0000500005.pdf

Ministério da Saúde. (2016b). Portaria n.º 147/2016: Estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde e define o processo de criação e revisão das Redes de Referenciação Hospitalar. *Diário da República, 1.ª série*(97). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/147-2016-74483693

Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da E. e da C. T. e E. S. (2009). Portaria n.º 782/2009, de 23 de julho: Aprova o Quadro Nacional de Qualificações. *Diário da República, 1.ª série*(139), 4776–4778. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/07/14100/0477604778.pdf

Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLOS ONE, 13*(8), e0203316. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316

Mota, E. M., Cunha, M., & Santos, E. (2021). Cuidados de enfermagem forense: uma análise dos conhecimentos e práticas de enfermeiros portugueses. *Millenium - Journal of Education Technologies and Health, 2*(ed espec nº 9). https://doi.org/10.29352/mill029e.25287

Nagayama, Y. (2024). A Nursing Process for Shared Decision-Making for Patients with Severe Mental Illness Receiving Treatment Involving Long-Term Coercive Measures: A Modified Grounded Theory Approach. *Healthcare, 12*(10). https://doi.org/10.3390/healthcare12100967

Nielsen, A. H., Kvande, M. E., & Angel, S. (2023). Humanizing and dehumanizing intensive care: Thematic synthesis (HumanIC). *Journal of Advanced Nursing, 79*(1), 385–401. https://doi.org/10.1111/jan.15477

Nunes, P. F., Almeida, A., Tavares, M., Gomes, L., & Soares, H. (2024). Advanced practice nursing in Portugal – Where do we stand? *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 10*(2). https://doi.org/10.31211/rpics.2024.10.2.338

Obeidat, B., Younis, M. B., & Al-Shlool, E. (2022). Investigations into the impact of nursing unit layout on critical care nurses. *Heliyon, 8*(2). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08929

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*, p. 24. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Parecer n.º 09/2017: Transporte da pessoa em situação crítica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 3ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, (...). *Diário da República, Série II*(n.º 135), 19359-70. Obtido de https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da República, Série II*(N.º 184), 128-155. Obtido de https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Série II*(nº26), 4744 - 4750. Obtido em fevereiro de 2025, de https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Aviso nº 4511/2021: Programa formativo que integra o ciclo de estudos do curso de mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista nas áreas de enfermagem médico-cirúrgica. *Diário da República, 2.ª série*(49). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/4511-2021-159219809

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401773/pdf/Bookshelf_NBK401773.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Environmental cleaning and infection prevention and control in health care facilities in low- and middle-income countries: Modules and resources*. https://www.washinhcf.org/wp-content/uploads/2023/03/Modules-and-resources-for-Environmental-cleaning-and-IPC-in-HCF-in-low-and-middle-income-countries.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2023). *Patient safety*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

Pagliuca, L. M. F., & Campos, A. do C. S. C. (2003). Teoria humanística: análise semântica do conceito de community. *Revista Brasileira de Enfermagem, 56*(6), 655–660. https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000600013

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

Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). *Humanistic nursing*. Wiley.

Peñacoba, C., Velasco, L., Catalá, P., Gil-Almagro, F., García-Hedrera, F. J., & Carmona-Monge, F. J. (2021). Resilience and anxiety among intensive care unit professionals during the COVID-19 pandemic. *Nursing in Critical Care, 26*(6), 501–509. https://doi.org/10.1111/nicc.12694

Prescott, D. F., Brochado, A. I., Evangelista, V., Carlos, A., & Corredoura, A. S. (2024). Population Study of the Green and Blue Priorities in an Emergency Department Estudo Populacional das Prioridades Verde e Azul num Serviço de Urgência. *Internal Medicine, 31*(4), 188–192. https://doi.org/10.24950/rspmi.2512

Qi, Y., Xu, J., Liu, H., & Zhou, X. (2024). Effects of hyperbaric oxygen combined cabin ventilator on critically ill patients with liberation difficulty after tracheostomy. *BioMedical Engineering OnLine, 23*(1), 30. https://doi.org/10.1186/s12938-024-01220-4

Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanization of nursing care: a systematic review. *Frontiers in Medicine, Volume 11-2024*. https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701

Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing, 26*(1), 65–72. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x

Rôlo, B., Santos, B., Duarte, I., Pires, L., & Castro, C. (2019). Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review. *Annals of Medicine, 51*(sup1), 204. https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560164

Rubio-Navarro, A., García-Capilla, D. J., Torralba-Madrid, M. J., & Rutty, J. (2020). Decision-making in an emergency department: A nursing accountability model. *Nursing Ethics, 27*(2), 567–586. https://doi.org/10.1177/0969733019851542

Rutala, W. A., Weber, D. J., & HICPAC. (2024). *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities*. https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Guideline-Disinfection-H.pdf

Sabri, I. (2020). Documentation and Preservation of Medico-Legal Evidence in Emergency Settings: A retrospective study. *Journal of Rare Cardiovascular Diseases, 4*, 109–113. https://doi.org/10.20418/jrcd.vol4no4.391

Santos, N. M. dos, Silva, K. M. da, Coelho, G. de S. B., Nascimento, M. M. do, Silva, H. M. da, Oliveira, J. D. de A. M., Florêncio, L. J. de S., Oliveira, M. S. A. de, Silva, S. dos S., & Silva, S. M. da. (2023). A importância da humanização nas urgências e emergências. *Research, Society and Development, 12*(7), e7412742554. https://doi.org/10.33448/rsd-v12i7.42554

Schober, M. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020.* International Council of Nurses. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Silva Júnior, S. V. da, Lacerda, F. de A., Florêncio, M. V. D. L., De Araújo, Angela A., Dos Santos, B. M. P., & Pedrosa, I. L. (2020). Superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar. *Enfermagem Brasil, 19*(1), 49–57. https://doi.org/10.33233/eb.v19i1.3912

Silva, D. S., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Rocha, F. L. R., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 16*(1), 211–219. https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615

Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Jiménez, F. C., Cimpoesu, D., Cole, G., Couper, K., D'Arrigo, S., Deakin, C. D., Ek, J. E., Holmberg, M. J., Magliocca, A., Nikolaou, N., Paal, P., Pocock, H., Sandroni, C., Scquizzato, T., Skrifvars, M. B., Verginella, F., … Nolan, J. P. (2025). European Resuscitation Council Guidelines 2025 Adult Advanced Life Support. *Resuscitation, 215*. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110769

Sonis, J. D., Aaronson, E. L., Lee, R. Y., Philpotts, L. L., & White, B. A. (2018). Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Patient Experience, 5*(2), 101–106. https://doi.org/10.1177/2374373517731359

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos - Recomendações.* https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b2411424.pdf

Strada, A., Bravi, F., Valpiani, G., Bentivegna, R., & Carradori, T. (2019). Do health care professionals' perceptions help to measure the degree of overcrowding in the emergency department? A pilot study in an Italian University hospital. *BMC Emergency Medicine, 19*(1), 47. https://doi.org/10.1186/s12873-019-0259-9

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

van Huizen, P., Kuhn, L., Russo, P. L., & Connell, C. J. (2021). The nurses' role in antimicrobial stewardship: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies, 113*, 103772. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103772

Verderber, S., Gray, S., Suresh-Kumar, S., Kercz, D., & Parshuram, C. (2021). Intensive Care Unit Built Environments: A Comprehensive Literature Review (2005–2020). *HERD: Health Environments Research & Design Journal, 14*(4), 368–415. https://doi.org/10.1177/19375867211009273

Vicente, C. J., & Baltazar, T.-C. A. (2017). *Cultura, Comportamento Organizacional e Sensemaking.* IUM - Centro de Investigação e Desenvolvimento (CIDIUM), (67). https://www.ium.pt/files/publicacoes/Cadernos/16/Cadernos_IUM_16_Cultura_Comportamento_Organizacional_Sensemaking.pdf

Watson, J. (2008). *The Philosophy and Science of Caring*, Revised Edition. University Press of Colorado. http://www.jstor.org/stable/j.ctt1d8h9wn

Whitfield, M. M., Bleah, P., Concepcion Bachynski, J., Macdonald, D., Klein, T., Ross-White, A., Mimirinis, M., & Wilson, R. (2024). Capability as a concept in advanced practice nursing and education: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis, 22*(9). https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00201

Yen, P. Y., Kellye, M., Lopetegui, M., Saha, A., Loversidge, J., Chipps, E. M., Gallagher-Ford, L., & Buck, J. (2018). Nurses' Time Allocation and Multitasking of Nursing Activities: A Time Motion Study. AMIA ... Annual Symposium proceedings. *AMIA Symposium, 2018*, 1137–1146.

Zhan, T., Wang, L., Yan Wang, & Sun, C. (2023). Master of nursing specialist experiences of an internship through the use of written reflections: A qualitative research study. *Heliyon, 9*(2), e13299. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13299

APÊNDICES

APÊNDICE I – Protocolo de Revisão *Scoping* "*Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Serviços de Urgência Sobrelotados: Uma Revisão Scoping*"

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

1º ANO/1º SEMESTRE

PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA SOBRELOTADOS: UMA REVISÃO SCOPING

Mafalda Veloso, nº 118760

Sob orientação de:

Profª. Mestre Diana Vareta

Monte da Caparica

Ano letivo 2024/2025

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA SOBRELOTADOS: UMA REVISÃO SCOPING

Nursing Care for Critically Ill Patients in Overcrowded Emergency Departments: A Scoping Review

AUTORES

Mafalda Veloso [1]; Diana Vareta [2]

1. ULS Santa Maria. Serviço de Urgência Central & Escola Superior de Saúde Egas Moniz

2. Escola Superior de Saúde Egas Moniz & CiiEM

RESUMO

Objetivo: Identificar e mapear a evidência científica existente sobre o impacto da sobrelotação dos serviços de urgência na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Introdução: A sobrelotação dos Serviços de Urgência compromete a qualidade dos cuidados de enfermagem, reduz a eficiência da equipa multidisciplinar e diminui a satisfação das pessoas. O aumento da afluência e a limitação de recursos dificultam a implementação de estratégias eficazes para garantir a segurança. Compreender de que forma a sobrelotação influencia a prestação de cuidados torna-se fundamental para promover práticas seguras e humanizadas.

Critérios de Inclusão: Serão considerados estudos que envolvam enfermeiros e que abordem o impacto da sobrelotação dos serviços de urgência na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, em contexto de prestação de cuidados a pessoas adultas, sendo excluídos contextos exclusivamente pediátricos ou especializados.

Metodologia: Revisão scoping segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute e utilizando o modelo PCC na construção da questão de investigação. A pesquisa será realizada nas bases de dados EBSCOHost, PubMed e Google Scholar, incluindo estudos em português e inglês entre 2014 e 2024.

P**alavras-Chave:** Sobrelotação; Cuidados de Enfermagem; Serviços de Urgência; Segurança do Doente; Qualidade dos Cuidados

ABSTRACT

Objective: To identify and map existing scientific evidence on the impact of emergency department overcrowding on the quality and safety of nursing care.

Introduction: Emergency department overcrowding compromises the quality of nursing care, undermines the efficiency of multidisciplinary teams, and decreases patient satisfaction. Increased demand and limited resources hinder the implementation of effective strategies to ensure safety. Understanding how overcrowding influences care delivery is therefore essential to promote safe and humanised practices.

Inclusion criteria: Studies involving nurses and addressing the impact of emergency department overcrowding on the quality and safety of nursing care in adult care settings will be considered, excluding exclusively paediatric or specialised contexts.

Methods: A scoping review will be conducted following the Joanna Briggs Institute methodology, using the PCC framework to guide the development of the review question. Searches will be performed in EBSCOHost, PubMed and Google Scholar, including studies in Portuguese and English between 2014 and 2024. Study selection will be carried out in stages, followed by data extraction using a structured tool and descriptive analysis of the findings.

Keywords: Emergency Department; Nursing Care; Overcrowding; Patient Safety; Quality of Care

INTRODUÇÃO

Os Serviços de Urgência (SU) constituem a primeira linha na prestação de cuidados de saúde a pessoas com necessidades imediatas, urgentes ou emergentes (Guerrero et al., 2024). Estes serviços enfrentam desafios significativos, sendo a sobrelotação um dos mais relevantes. Este fenómeno resulta de uma procura imprevisível e flutuante, que frequentemente ultrapassa a capacidade de resposta dos serviços (Guerrero et al., 2024). É amplamente descrito como uma condição em que o número de pessoas a necessitar de cuidados ultrapassa os recursos físicos e humanos disponíveis, comprometendo a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados (American College of Emergency Physicians, 2016).

A sobrelotação dos SU é reconhecida como um problema global com impacto direto nos sistemas de saúde e nas múltiplas dimensões da qualidade dos cuidados. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade em saúde refere-se à capacidade dos serviços em melhorar os resultados em saúde, sendo sustentada por cuidados seguros, eficazes, oportunos, equitativos e centrados na pessoa (OMS, 2020). Neste sentido, a sobrelotação constitui um fator crítico, uma vez que compromete estas dimensões e dificulta a prestação de cuidados em tempo útil, aumentando o risco de eventos adversos e limitando a personalização da intervenção (OMS, 2020).

Em 2008, o Colégio Americano de Medicina de Urgência definiu a sobrelotação como uma condição em que o número de pessoas a necessitar de tratamento e a procurar assistência excede a capacidade física e estrutural dos SU. Esta situação compromete a eficiência do atendimento e pressiona os recursos existentes, resultando em atrasos nos tratamentos e pondo em risco os melhores resultados clínicos, enquanto desafiam o compromisso institucional com a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados (American College of Emergency Physicians, 2016).

A segurança da pessoa, enquanto dimensão essencial da qualidade em saúde, assume particular relevância em contextos de elevada complexidade, como os SU. Mais do que a ausência de erro, a segurança implica a existência de sistemas capazes de minimizar riscos e prevenir danos (Freitas, 2020). Em ambientes sobrelotados, a elevada carga de trabalho, associada à escassez de recursos humanos e materiais, pode favorecer a ocorrência de incidentes adversos, afetando negativamente os resultados clínicos e a experiência do cuidado (Ramos et al., 2021). A OMS reforça ainda a importância de abordagens sistémicas e colaborativas na promoção de segurança, especialmente em momentos críticos como as transições de cuidados (OMS, 2021; ULS São José, 2024).

Ao longo desta revisão, os conceitos de sobrelotação, qualidade dos cuidados e segurança da pessoa serão considerados de acordo com as definições previamente descritas na literatura.

A literatura existente sugere uma associação entre a sobrelotação dos SU e a deterioração da qualidade dos cuidados, incluindo atrasos no atendimento, aumento do tempo de permanência, redução da satisfação das pessoas e maior probabilidade de eventos adversos (Pines et al., 2008; McKenna et al., 2019; Honigman et al., 2013). Este fenómeno tem também impacto direto na Enfermagem, particularmente no cuidado à pessoa em situação crítica, cuja condição se caracteriza frequentemente por elevada vulnerabilidade, complexidade clínica e necessidade de intervenções rápidas e eficazes (McKenna et al., 2019).

A vulnerabilidade, entendida como uma condição inerente ao ser humano e agravada em situações de doença aguda e stress, reforça a necessidade de cuidados diferenciados e sensíveis às necessidades individuais (Rogers, 1997; MacIsaac & Peter, 2024). Em contextos como os SU, onde a pressão inerente aos cuidados é elevada, a prática de enfermagem exige uma responsabilidade acrescida, centrada na dignidade, equidade e qualidade dos cuidados prestados (International Council of Nurses, 2021; MacIsaac & Peter, 2024).

Apesar da crescente produção científica sobre a sobrelotação dos SU, verifica-se que a evidência se encontra dispersa, abordando diferentes dimensões do fenómeno, nomeadamente indicadores de desempenho, experiência e segurança da pessoa e impacto na prática profissional. Assim, torna-se

pertinente mapear de forma abrangente a literatura existente, de modo a identificar conceitos, lacunas no conhecimento e áreas para investigação futura.

A escolha da realização de uma *scoping review* justifica-se pela necessidade de explorar a extensão, natureza e características de evidência disponível sobre o impacto da sobrelotação dos SU na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, permitindo uma abordagem ampla e inclusiva de diferentes tipos de estudo e fontes de evidência, conforme recomendado pelo Joanna Briggs Institute (JBI). Uma pesquisa preliminar foi realizada nas bases de dados EBSCOHost, incluindo a MEDLINE e a *Cochrane Database of Systematic Reviews*, PubMed e em literatura cinzenta, não tendo sido identificadas revisões sistemáticas ou *scoping reviews* atuais ou em curso que abordem especificamente esta temática na perspetiva da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem em contexto de sobrelotação dos SU.

Assim, o objetivo desta *scoping review* é mapear a evidência existente sobre o impacto da sobrelotação dos SU na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, considerando diferentes contextos de prestação de cuidados.

METODOLOGIA

Uma revisão *scoping* permite compreender de forma estruturada o conceito em estudo, identificando os seus limites, mapeando a evidência existente e as lacunas de conhecimento. A presente revisão será elaborada de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute, conforme descrito no *JBI Manual for Evidence Synthesis* (Peters et al., 2024). A apresentação dos resultados seguirá as recomendações do PRISMA-ScR, de forma a garantir clareza e transparência (Peters et al., 2024).

Questão de Revisão

A questão de investigação foi definida segundo o sistema PCC (População, Conceito e Contexto), de forma a garantir coerência com o objetivo do estudo. Assim, pretende-se responder à seguinte questão: *"Qual é o impacto da sobrelotação na qualidade e segurança dos cuidados (C) de enfermagem (P) prestados em Serviços de Urgência (C)?"*

Consideramos assim:

→ **População** – Enfermeiros

→ **Conceito** – Impacto da sobrelotação na qualidade e segurança dos cuidados

→ **Contexto** – Serviços de Urgência

Critérios de Inclusão

Participantes

Serão incluídos estudos que envolvam enfermeiros que prestam cuidados em SU, independentemente dos anos de experiência profissional. Serão excluídos estudos centrados exclusivamente noutros profissionais de saúde, quando não seja possível isolar dados relativos à prática de enfermagem.

Conceito

A presente revisão irá considerar estudos que abordem o impacto da sobrelotação dos SU na qualidade e na segurança dos cuidados de enfermagem. Serão excluídos estudos que analisem a sobrelotação sem relação com os cuidados de enfermagem ou que não estabeleçam ligação à qualidade ou segurança dos cuidados.

Contexto

Serão considerados estudos realizados em SU gerais, dirigidos à população adulta. Serão excluídos estudos desenvolvidos exclusivamente em contextos pediátricos, obstétricos, ginecológicos ou altamente especializados.

Tipos de fontes

Esta *scoping review* irá considerar diferentes tipos de estudos, incluindo estudos quantitativos, qualitativos e de método misto. Serão incluídos estudos observacionais, experimentais e quase-experimentais, bem como estudos descritivos. Poderão ainda ser considerados artigos de revisão relevantes para o tema e, quando pertinente, documentos de opinião que contribuam para a compreensão do fenómeno em estudo.

Estratégia da Pesquisa

A estratégia de pesquisa terá como objetivo identificar estudos publicados e não publicados relevantes para a temática. Será utilizada uma estratégia de pesquisa em três etapas.

Numa primeira fase, será realizada uma pesquisa exploratória nas bases de dados EBSCOHost e PubMed, com o objetivo de identificar palavras-chave e termos de indexação relevantes.

Com base nessa análise, será desenvolvida uma estratégia de pesquisa completa, combinando descritores validados através do DeCS/MeSH com operadores booleanos (AND e OR). A estratégia será adaptada a cada base de dados incluída.

Serão incluídos estudos publicados em português e inglês, nos últimos 10 anos à data da realização da primeira pesquisa deste protocolo, ou seja entre 2014 e 2024, considerando a atualidade do fenómeno em estudo.

Fontes de Informação

A pesquisa será realizada nas seguintes bases de dados: EBSCOHost (CINAHL *Complete*; MEDLINE *Complete*, *Nursing* & *Allied Health Collection*: *Comprehensive*, Cochrane *Central Register of Controlled Trials,* Cochrane *Database of Systematic Reviews,* Cochrane *Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts,* MedicLatina*,* Cochrane *Clinical Answers*); PubMed; literatura cinzenta do Google *Scholar*.

Seleção dos Estudos

Após a realização da pesquisa, todas as referências identificadas serão organizadas e as duplicações removidas.

A seleção dos estudos será realizada em duas etapas. Numa primeira fase, será efetuada a leitura dos títulos e resumos, de forma a avaliar a sua relevância face aos critérios de inclusão definidos. Posteriormente, será realizada a leitura integral dos estudos potencialmente relevantes, de acordo com os mesmos critérios.

Os estudos que não cumpram os critérios de inclusão serão excluídos em cada uma das etapas do processo, sendo registados os motivos de exclusão na fase de leitura integral.

O processo de seleção dos estudos será apresentado através de um diagrama de fluxo, de acordo com as recomendações do PRISMA-ScR.

Extração de Dados

Os dados serão extraídos dos estudos incluídos através de um instrumento desenvolvido pelos revisores, de acordo com o objetivo da revisão.

Serão recolhidas informações relativas às características dos participantes, ao contexto do estudo, ao tipo de estudo e aos principais resultados relacionados com a questão de revisão.

O instrumento de extração poderá ser ajustado ao longo do processo, sempre que necessário. Em caso de dúvida ou ausência de informação relevante, poderá ser considerado o contacto com os autores dos estudos incluídos.

Análise e apresentação dos dados

Os dados serão organizados e apresentados de forma descritiva, recorrendo a tabelas e esquemas que permitam sintetizar a informação relevante.

Será elaborada uma tabela de extração de dados, que incluirá e discriminará os seguintes elementos: autor, ano de publicação, país, título do estudo, objetivo do estudo, metodologia e principais resultados, relevantes para a questão da revisão.

Será ainda elaborada uma síntese narrativa, com o objetivo de relacionar os resultados com a questão de revisão, identificar padrões e destacar eventuais lacunas na literatura existente.

CONCLUSÃO

A sobrelotação dos SU constitui um fenómeno complexo e crescente, com potencial impacto na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. A natureza multifatorial deste problema, associada à diversidade de contextos e práticas, evidencia a necessidade de uma análise estruturada da evidência disponível.

A realização desta *scoping review* pretende mapear o conhecimento existente sobre o impacto da sobrelotação nos cuidados de enfermagem em contexto de urgência, contribuindo para a identificação de conceitos-chave, lacunas na literatura e áreas prioritárias de intervenção e investigação futuras.

Espera-se que os resultados desta revisão possam fornecer uma base consistente para a reflexão sobre a prática de enfermagem em SU, bem como apoiar a tomada de decisão e o desenvolvimento de estratégias que promovam a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

Desta forma, este protocolo estabelece um plano claro e estruturado para a condução da revisão, garantindo transparência e rigor metodológico ao longo de todo o processo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não foram identificados conflitos de interesses aquando da realização deste trabalho.

FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de financiamento específico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Emergency Physicians. (2016). Emergency Department Crowding: High Impact Solutions. Emergency Medicine Practice Committee. https://www.acep.org/siteassets/sites/acep/media/crowding/empc_crowding-ip_092016.pdf

Freitas, C. (2020). A Segurança dos que Cuidamos. NO Revista(69), 89-93. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20645/no-revista-n%C2%BA6.pdf

Guerrero, J., Alqarni, A., Cordero, R., Aljarrah, I., & Almahaid, M. (2024). Perceived Causes and Effects of Overcrowding Among Nurses in the Emergency Departments of Tertiary Hospitals: A Multicenter Study. Risk Management and Healthcare Policy, 17, 973–982. https://doi.org/10.2147/RMHP.S454925

Honigman, L., Wiler, J., Rooks, S., & Ginde, A. (2013). National Study of Non-urgent Emergency Department Visits and Associated Resource Utilization. The Western Journal of Emergency Medicine, 14(6), 609–616. https://doi.org/10.5811/westjem.2013.5.16112

International Council of Nurses. (2021). The ICN Code of ethics for nurses [Internet]. Geneva: ICN. Retrieved from https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses

MacIsaac, M., & Peter, E. (2024). Emergency department crowding: An examination of older adults and vulnerability. Nursing Ethics, 32(1), 99-110. https://doi.org/10.1177/09697330241238333

McKenna, P., Heslin, S., Viccellio, P., Mallon, W., Hernandez, C., & Morley, E. (2019). Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. Clinical and Experimental Emergency Medicine, 6(3), 189-195. https://doi.org/10.15441/ceem.18.022

OMS. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Retrieved from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf

OMS. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Retrieved from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2024). Scoping Reviews (2020). In E. Aromataris, C. Lockwood, B. Pilla, & Z. Jordan, JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09

Pines, J., Iyer, S., Disbot, M., Hollander, J., Shofer, F., & Datner, E. (2008). The effect of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients. Academic Emergency Medicine, 15(9), 825–831. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00200.x

Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Segurança do Doente: Princípios e Conceitos. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos, Guia Prático para a Segurança do Doente (p. 392). Lidel. Retrieved from https://static.fnac-static.com/multimedia/PT/pdf/9789897524141.pdf

Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. Journal of Advanced Nursing, 26(1), 65-72. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x

ULS São José. (2024). Segurança do Doente na Transição de Cuidados de Saúde. Retrieved from https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2024/12/Seguran%C3%A7a-do-Doente-na-transi%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-26-12-2024.pdf

APÊNDICE II – Objetivos Associados às Competências em Contexto de Serviço de Urgência

OBJETIVOS ASSOCIADOS ÀS COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A prática do enfermeiro especialista está sustentada num conjunto de competências que refletem um aprofundamento das previamente adquiridas enquanto enfermeiro de cuidados gerais. Estas competências, organizadas em comuns e especificas, definem o perfil profissional e o nível de complexidade esperado no exercício da função. As competências comuns, transversais a todas as áreas de especialidade, traduzem-se na capacidade de prestar cuidados diferenciados, assim como planear, supervisionar e gerir intervenções em contextos diversos, mas também em participar ativamente na formação, investigação e desenvolvimento da profissão de Enfermagem. A sua certificação formal assegura que o enfermeiro possui os conhecimentos, as capacidades e as atitudes necessárias para responder de forma competente às necessidades das pessoas em todas as fases do ciclo de vida e nos vários níveis de prevenção. Este enquadramento permite, assim, clarificar não só o que se espera do enfermeiro especialista enquanto profissional autónomo, mas também o que os cidadãos podem esperar dos cuidados que lhes são prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, seguindo a sequência lógica das competências comuns do EE, como descritas do Artigo 4.º ao Artigo 8.º do Regulamento n.º140/2019, delineia-se os seguintes objetivos gerais, com enumeração de objetivos específicos para cada um:

1. Promover uma prática profissional centrada na pessoa em situação crítica, assegurando o respeito pela dignidade humana, pela autonomia e pelos princípios ético-legais, como pilares da humanização dos cuidados em contexto de urgência *(Domínio A – Responsabilidade profissional, ética e legal).*

a. Garantir que a pessoa e/ou família é informado de forma clara, compreensível e respeitosa sobre os procedimentos e decisões clínicas, salvaguardando sempre a sua privacidade e individualidade durante qualquer tipo de procedimento, principalmente em contextos de elevada pressão;
b. Reforçar práticas de consentimento informado adaptadas à realidade do serviço de urgência.

2. Contribuir ativamente para a criação de um ambiente terapêutico seguro e humanizado, identificando oportunidades de melhoria e colaborando na implementação de práticas que promovam a qualidade e a segurança dos cuidados *(Domínio B – Melhoria Contínua da Qualidade)*

a. Identificar possíveis melhorias passíveis de aplicação relativamente a segurança e humanização dos cuidados à PSC;
b. Partilhar e debater com os membros da equipa multidisciplinar sobre os focos identificados durante o período de estágio, de modo a promover uma prática de excelência a enfermagem no serviço escolhido.

3. Participar na gestão dos cuidados de enfermagem com foco na comunicação empática, na liderança colaborativa e na otimização de recursos, tendo em vista uma resposta adequada e humanizada às necessidades complexas da pessoa em situação crítica *(Domínio C – Gestão dos Cuidados)*

a. Promover um clima colaborativo e focado na qualidade dos cuidados, acompanhando as dinâmicas de gestão do serviço, apoiando a liderança e intervindo em situações de necessidade.

4. Promover o desenvolvimento de competências reflexivas e relacionais, através da valorização do autoconhecimento, da nossa atividade e da auto regulação emocional nos cuidados à pessoa em sofrimento agudo ou crítico *(Domínio D – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais – D1)*

a. Realizar momento de auto reflexão e de reflexão com enfermeiro orientador após episódios/situações marcantes na prática dos cuidados, participando ativamente nos *briefings/debriefings*, promovendo a partilha de emoções e de estratégias de coping;
b. Procurar aceitar e compreender o feedback contínuo por parte do enfermeiro orientador, trabalhando assim os aspetos de comunicação, postura e empatia no contexto crítico.

5. Integrar a evidência científica na tomada de decisão clínica, com raciocínio crítico e compromisso ético, contribuindo para práticas que promovam a humanização dos cuidados e o respeito integral pela pessoa em contexto de urgência e emergência *(Domínio D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais – D2)*

a. Procurar ativamente a evidência mais recente sobre a humanização dos cuidados em urgência, consultando guidelines e guias de boas práticas, de forma a promover uma prática atualizada e correta;

b. Elaborar um contributo ao serviço, consoante as necessidades do mesmo previamente identificadas e discutidas com o enfermeiro orientador, com base em evidência já existente;

OBJETIVOS ASSOCIADOS ÀS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Este capítulo apresenta os objetivos delineado à luz das competências específicas do EE em EMC na área da PSC, conforme o Regulamento n. 429/2018 da OE. Tendo por base o contexto de estágio no SUG do HFF e a temática da humanização dos cuidados, os objetivos aqui definidos procuram traduzir a prática especializada em intervenções concretas que valorizam a pessoa em situação crítica como um ser único, vulnerável e digno. A construção destes objetivos reflete o compromisso com a prestação de cuidados qualificados, seguros, éticos e humanizados, promovendo uma atuação profissional centrada nas reais necessidades da pessoa e da sua família.

1. Prestar cuidados integrados, qualificados e humanizados à PSC, tendo em conta as necessidades complexas decorrentes da falência ou iminência de falência de funções vitais, promovendo a preservação da dignidade humana em contextos elevada exigência clínica.

a. aplicar planos individuais de cuidados humanizados à PSC, assegurando a preservação da privacidade e do conforto mesmo em situações vulneráveis como as de urgência, avaliando sinais de sofrimento, tendo em conta a comunicação não-verbal.

2. Desenvolver uma abordagem sistematizada de recolha e monitorização de dados clínicos e não clínicos, de forma contínua e personalizada, que permita antecipar complicações e adequar as intervenções de enfermagem às reais necessidades da pessoa e da família/cuidador.

a. efetuar registos rigorosos dos dados essenciais relativamente ao caso da pessoa, antecipando um possível agravamento clínico, garantindo a utilização das escolas de avaliação validadas para o serviço, garantindo uma tomada de decisão fundamentada.

3. Contribuir para a melhoria da resposta organizacional em situações de emergência, garantindo intervenções rápidas, éticas e fundamentadas, centradas na pessoa e sustentadas na evidência científica e nos princípios da humanização dos cuidados.

a. Intervir de forma rápida e fundamentada em situações de emergência, seguindo os protocolos instituídos no serviço, mantendo uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e prestando apoio emocional à pessoa e à sua família.

4. Compreender como, hipoteticamente, seria a participação ativa na gestão e operacionalização de estratégias de resposta em situações de exceção e catástrofe, compreendendo de que forma funciona a articulação de recursos humanos e materiais, mantendo a visão humanista segura e eficiente na prestação de cuidados.

a. Identificar e compreender as prioridades no contexto atual, colaborando na reorganização da resposta em situações de necessidade extrema de recursos humanos e materiais, garantindo cuidados dignos e seguros mesmo sob pressão.

5. Promover a prevenção e o controlo de infeção em ambientes de cuidados críticos, assegurando práticas seguras, baseadas em protocolos atualizados e fundamentados, garantindo a personalização do cuidado, com especial atenção à vulnerabilidade física e emocional da pessoa em sofrimento agudo

a. Conhecer e cumprir rigorosamente os protocolos instituídos relativamente à prevenção e ao controlo de infeção, assegurando a vigilância ativa de sinais de infeção e promovendo a educação em saúde à pessoa e ao cuidador sobre as medidas de prevenção.

6. Estabelecer uma comunicação em terapêutica eficaz com a PSC e com a sua família/cuidador, reconhecendo a importância do vínculo e do apoio emocional como elementos centrais no processo de cuidar em contextos de crise e vulnerabilidade.

a. Estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz com a PSC e com a sua família, recorrendo à escuta ativa, a validação das emoções e garantindo uma partilha clara e empática de informação sobre o seu estado clínico e sobre os procedimentos efetuados.

7. Exercer um papel facilitador na humanização do ambiente nos SUG, sugerindo e debatendo a implementação de possíveis mudanças práticas que impactem positivamente a experiência da pessoa em sofrimento crítico, valorizando a escuta ativa, empatia e o respeito pela individualidade.

a. Sugerir pequenas mudanças no quotidiano da equipa, por que contribuam para a humanização dos cuidados, como por exemplo a redução de estímulos nocivos (luz e ruído), a personalização do espaço e do cuidado (chamar a pessoa pelo nome, conhecer as suas necessidades imediatas) e o uso de estratégias de conforto (se tem frio ou calor, se tem sede).

APÊNDICE III – Objetivos Associados às Competências em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

OBJETIVOS ASSOCIADOS ÀS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A prática do EE está sustentada num conjunto de competências comuns a todas as áreas de especialidade, que traduzem a capacidade de prestar cuidados diferenciados, planear, supervisionar e gerir intervenções em contextos complexos, mas também engloba competências que permitem participar ativamente na formação, investigação e desenvolvimento da profissão. Estas competências asseguram que o enfermeiro possui os conhecimentos, as capacidades e as atitudes necessárias para responder de forma competente às necessidades da pessoa em todas as fases do ciclo de vida e nos vários níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, tendo por base o Regulamento n.º140/2019 que regulamenta as competências comuns do EE, descritas do Artigo 4.º ao Artigo 8.º, delineiam-se os seguintes objetivos gerais e específicos para cada um:

1. Desenvolver uma prática profissional ética e legal, centrada na pessoa em situação crítica, assegurando o respeito pela dignidade humana e pelos direitos fundamentais, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos *(Domínio A – Responsabilidade profissional, ética e legal).*

a. Garantir que a prestação de cuidados de enfermagem prestados respeita os princípios ético-deontológicos, assegurando a dignidade, a privacidade e a autonomia da pessoa e/ou família;
b. Participar nos processos multidisciplinares de tomada de decisão, contribuindo com a perspetiva de enfermagem e reforçando a importância da humanização num ambiente altamente tecnológico;
c. Refletir sobre o impacto das decisões éticas e clínicas na prática diária, discutindo com a equipa situações que possam melhorar a qualidade dos cuidados.

2. Colaborar na criação de um ambiente terapêutico seguro e humanizado, orientado para a qualidade dos cuidados em contexto de UCI *(Domínio B – Melhoria Contínua da Qualidade)*

a. Identificar riscos e áreas de melhoria no dia a dia da unidade, garantindo a prevenção de complicações (p.e.: infeções associadas a dispositivos, *delirium*, úlceras de pressão) e propondo soluções concretas em articulação com a equipa;
b. Avaliar a possibilidade do envolvimento em iniciativas institucionais de melhoria contínua, sugerindo estratégias adaptadas ao contexto da unidade;

c. Promover a segurança e o bem-estar físico, psicológico e espiritual da pessoa, respeitando a diversidade cultural e compreendendo a componente tecnológica dos cuidados e como isso afeta a saúde da pessoa/família.

3. Participar na gestão dos cuidados, otimizando recursos humanos e materiais em articulação com a equipa civil-militar *(Domínio C – Gestão dos Cuidados)*

a. Acompanhar e supervisionar as tarefas que me sejam delegadas, assegurando a qualidade e segurança na execução;
b. Adaptar estilos de liderança e comunicação às necessidades do serviço, favorecendo um clima organizacional positivo;
c. Observar e apoiar a organização diária da unidade, contribuindo para a eficiência da equipa, otimizando a utilização de recursos disponíveis.

4. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional através do autoconhecimento e da regulação emocional nos cuidados à pessoa em sofrimento agudo ou crítico numa UCI

(Domínio D – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais – D1)

a. Participar em *briefings/debriefings* após situações marcantes, refletindo sobre as práticas, emoções vividas e estratégias de *coping* aplicadas;
b. Aceitar e integrar *feedback* do enfermeiro orientador e da equipa, ajustando o meu comportamento e postura profissional;
c. Demonstrar assertividade e adaptabilidade em situações de maior complexidade, preservando relações terapêuticas eficazes.

5. Integrar a evidência científica na tomada de decisão clínica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a disseminação de boas práticas, focando na promoção de humanização dos cuidados *(Domínio D2 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais)*

a. Pesquisar e aplicar guidelines e recomendações recentes, que nacionais como e internacionais e que sejam aplicáveis à UCI;
b. Partilhar com a equipa informação e protocolos baseados na evidência dentro da equipa multidisciplinar;
c. Elaborar um contributo reflexivo ou formativo para a equipa, baseado em literatura científica atualizada, que promova melhorias dos cuidados.

OBJETIVOS ASSOCIADOS ÀS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Tendo em conta o contexto de estágio, um ambiente altamente tecnológico e complexo, em que a humanização dos cuidados tem diversos obstáculos, definem-se assim objetivos à luz das competências específicas do EE em EMC na área da PSC, conforme o Regulamento n.º 429/2018 da OE. Estes objetivos devem ter como foco a promoção de uma prática especializada e que valorize a pessoa como um ser vulnerável e com necessidades alteradas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

1. Prestar cuidados diferenciados e humanizados à PSC, otimizando a resposta clínica e emocional.
    a. Implementar planos de cuidados individualizados de cuidados, assegurando vigilância contínua e aplicação de medidas adaptadas a cada situação;
    b. Gerir, de forma diferenciada, a dor, o sofrimento e o bem-estar da pessoa, ajustando intervenções conforme a sua evolução clínica;
    c. Acompanhar e apoiar a família/cuidador no processo de adaptação à doença, procurando criar relações terapêuticas eficazes e de confiança.
2. Dinamizar a resposta em situações de emergência e instabilidade clínica, assegurando uma intervenção fundamentada e rápida.
    a. Intervir de forma rápida e fundamentada perante a deterioração clínica súbita, aplicando os protocolos instituídos na UCI;
    b. Colaborar na gestão de prioridades durante episódios críticos, comunicando de forma clara com a equipa multidisciplinar e com a pessoa/família;
    c. Prestar apoio emocional à pessoa e à família durante e após episódios de instabilidade, reforçando a segurança e confiança nos cuidados;
    d. Garantir registos rigorosos e atualizados no processo clínico, aplicando escalas de avaliação validadas para a unidade, de forma a sustentar as decisões de enfermagem.
3. Compreender e participar ativamente na gestão de situações de exceção e catástrofe, mesmo que hipoteticamente, reconhecendo a operacionalização de protocolos no contexto militar.
    a. Identificar prioridades na gestão de recursos humanos e materiais em cenários de exceção, articulando com a equipa;

b. Conhecer os protocolos existentes na unidade, garantindo uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar;
c. Compreender a conceção e operacionalização de planos de emergência e catástrofe em articulação com a estrutura militar;
d. Adaptar os cuidados às necessidades emergentes em situações de exceção, assegurando a segurança e a dignidade da pessoa.
e. Intervir de forma fundamentada em situações de emergência, sempre que aplicável, respeitando protocolos e funções definidas.

4. Promover e maximizar práticas de prevenção e controlo de infeção em UCI, assegurando cuidados personalizados e seguros.
a. Cumprir os protocolos instituídos de prevenção e controlo de infeção;
b. Vigiar de forma ativa sinais de infeção, sobretudo associados a dispositivos invasivos, intervindo precocemente;
c. Promover a educação em saúde dirigida à pessoa/família, explicando medidas de prevenção, de forma acessível;
d. Garantir o cumprimento adequado dos isolamentos instituídos na unidade, salvaguardando a segurança e o conforto.

5. Estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz com a pessoa/família, reconhecendo a importância do vínculo no processo de cuidar.
a. Utilizar técnicas de escuta ativa e validação emocional nas interações, adaptando a comunicação ao estado clínico da pessoa;
b. Partilhar informação clínica de forma clara e empática, dentro das competências da enfermagem, ajustada ao nível de compreensão da família;
c. Facilitar os processos de transição da pessoa, incentivando a participação da família, sempre que possível.

6. Atuar como facilitador da humanização do ambiente na UCI, promovendo estratégias que melhorem a experiência da pessoa/família, valorizando a escuta ativa, empatia e o respeito pela individualidade.
a. Identificar práticas diárias que reforcem a dignidade e conforto (p.e.: reduzir estímulos nocivos, silenciar alarmes dispensáveis, chamar a pessoa pelo nome)
b. Propor pequenas estratégias de personalização dos cuidados, mesmo em ambientes altamente tecnológicos;
c. Integrar a família como parceira ativa, sempre que viável, no processo de humanização dos cuidados.

APÊNDICE IV – Objetivos Associados às Competências em Contexto de Pré-hospitalar

OBJETIVOS ASSOCIADOS ÀS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A atuação do EE assenta num conjunto de competências transversais a todas as áreas de especialidade, que sustentam a prestação de cuidados diferenciados, a gestão e supervisão ativa na formação, investigação e desenvolvimento da profissão. Estas competências permitem ao enfermeiro responder de forma integrada, segurada e fundamentada às necessidades da pessoa, família e comunidade, ao longo do ciclo de vida e nos diferentes níveis de intervenção, assumindo particular relevância em contextos de emergência (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º140/2019, que define as competências comuns do EE (Artigo 4.º ao Artigo 8.º), foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos, adequados ao contexto do pré-hospitalar, nomeadamente à intervenção desenvolvida no âmbito do INEM:

1. Desenvolver uma prática profissional ética e legal, centrada na pessoa em situação crítica, assegurando o respeito pela dignidade humana e pelos direitos fundamentais, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos *(Domínio A – Responsabilidade profissional, ética e legal).*

a. Garantir que a prestação de cuidados de enfermagem no pré-hospitalar respeita os princípios ético-deontológicos, salvaguardando a dignidade, a privacidade, a autonomia da pessoa e o consentimento informado sempre que clinicamente possível, mesmo em situações de emergência e sob pressão;
b. Participar de forma ativa nos processos interprofissionais de tomada de decisão, contribuindo com a perspetiva de enfermagem e promovendo uma atuação ética, humanizada e com foco na pessoa;
c. Refletir criticamente sobre dilemas éticos inerentes à prática pré-hospitalar, como a limitação de esforços terapêuticos ou a gestão do risco, promovendo momentos de reflexão, partilha e aprendizagem com a equipa.

2. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar *(Domínio B – Melhoria Contínua da Qualidade)*

a. Identificar riscos clínicos, organizacionais e ambientais associados à prática pré-hospitalar, como a segurança da pessoa, a comunicação interprofissional e a continuidade de cuidados, propondo medidas de melhoria ajustadas à realidade do terreno;

b. Participar na implementação e cumprimento de protocolos e normas de atuação do INEM, promovendo práticas seguras, baseadas na evidência e alinhadas com recomendações nacionais e internacionais;
c. Promover uma cultura de segurança para a qualidade dos cuidados, valorizando a comunicação eficaz, a antecipação de riscos e a humanização da intervenção em contextos de elevada pressão e imprevisibilidade.

3. Participar na gestão dos cuidados e na organização da resposta pré-hospitalar, em articulação com os diferentes meios e profissionais *(Domínio C – Gestão dos Cuidados)*

a. Colaborar na organização e priorização dos cuidados à PSC, compreendendo a articulação dos diferentes meios de emergência, de acordo com a gravidade clínica e recursos disponíveis;
b. Adequar a comunicação, liderança e trabalho de equipa às dinâmicas próprias do contexto pré-hospitalar, promovendo um ambiente de cooperação, confiança e eficácia operacional;
c. Contribuir para a utilização eficiente e responsável dos recursos humanos e materiais, reconhecendo as limitações e especificidades do contexto pré-hospitalar e a importância da articulação com os serviços hospitalares.

4. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional através do autoconhecimento, da regulação emocional e da reflexão sobre a prática em contexto de emergência *(Domínio D*

– Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais – D1)

a. Participar em momentos de *briefing/debriefing* após ocorrências relevantes, refletindo sobre a intervenção, o impacto emocional e as estratégias de *coping* adotadas;
b. Integrar o *feedback* do enfermeiro orientador e da equipa multidisciplinar, ajustando atitudes, comportamentos e desempenho profissional em função das exigências do contexto;
c. Demonstrar capacidade de adaptação, assertividade, empatia e gestão emocional em situações de elevada pressão emocional, preservando a relação terapêutica e o desempenho profissional.

5. Integrar a evidência científica na tomada de decisão clínica e contribuir para a disseminação de boas práticas em contexto pré-hospitalar *(Domínio D2 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais)*

a. Pesquisar, analisar e aplicar recomendações, *guidelines* e protocolos atualizados, nacionais e internacionais, pertinentes à prática de enfermagem em emergência e cuidados pré-hospitalares;
b. Partilhar com a equipa multidisciplinar informação e protocolos baseados na evidência, fomentando a discussão crítica e melhoria contínua;
c. Desenvolver e implementar uma sessão de formação dirigida à equipa, baseada na evidência científica atual, com impacto na qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados à PSC em contexto pré-hospitalar

OBJETIVOS ASSOCIADOS ÀS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Atendendo às especificidades do contexto pré-hospitalar, marcado por imprevisibilidade, limitação de recursos, necessidade de resposta tempo-dependente e tomada de decisão em ambientes não controlados, definem-se os seguintes objetivos à luz das competências do EE em EMC na área da PSC, conforme o Regulamento n.º 429/2018 da OE. Estes objetivos visam promover uma prática especializada, diferenciada e com foco na pessoa, reconhecendo a PSC como um ser único, vulnerável e digno, mesmo em contextos de emergência e elevada pressão nos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

1. Prestar cuidados especializados, diferenciados e humanizados à PSC em contexto pré-hospitalar, promovendo estabilização clinica e segurança emocional.
   a. Avaliar de forma sistematizada a PSC no local de ocorrência, identificando as prioridades clínicas e implementando intervenções adequadas e humanizadas ao quadro apresentado;
   b. Gerir de forma diferenciada a dor, o desconforto e o sofrimento, ajustando as intervenções de enfermagem à evolução clínica e às condições do contexto pré-hospitalar;
   c. Apoiar a pessoa e a família/cuidador durante a ocorrência, promovendo uma relação terapêutica baseada na empatia, humanização, comunicação clara e reforço da perceção de segurança.

2. Dinamizar a resposta especializada em situações de emergência e instabilidade clínica, assegurando uma intervenção rápida, segura e baseada na evidência.

a. Intervir de forma rápida, estruturada e fundamentada perante a deterioração clínica súbita, aplicando protocolos de emergência e suporte avançado de vida no contexto pré-hospitalar;
b. Colaborar na definição e gestão de prioridades durante situações críticas articulando de forma eficaz com os diferentes meios do SIEM;
c. Garantir a continuidade e segurança dos cuidados durante o transporte da PSC, antecipando complicações e monitorizando a resposta às intervenções, avaliando a necessidade de presença da família durante o mesmo, garantindo a humanização dos cuidados;
d. Assegurar registos clínicos rigorosos, objetivos e atualizados, sustentando as decisões de enfermagem com recurso a escalas e instrumentos de avaliação validadas e protocolados pelo INEM.

3. Compreender e participar ativamente na resposta a situações de exceção, emergência coletiva e catástrofe, reconhecendo a organização e operacionalização dos planos de resposta pré-hospitalar.
a. Identificar prioridades na gestão de recursos humanos e materiais em cenários de exceção, colaborando na articulação entre meios pré-hospitalares e estruturas hospitalares;
b. Conhecer os planos, protocolos e procedimentos de emergência e catástrofe aplicáveis ao contexto do INEM, participando em momentos de formação e simulação, se existentes;
c. Adaptar a prestação de cuidados às necessidades emergentes, assegurando a segurança, dignidade e equidade no atendimento às vítimas.
d. Atuar de forma fundamentada e integrada em situações de emergência coletiva, respeitando os protocolos definidos e as funções atribuídas a cada elemento da equipa.

4. Promover práticas de prevenção e controlo de infeção em contexto pré-hospitalar, assegurando a proteção da pessoa e da equipa.
a. Supervisionar e monitorizar a adesão da equipa às normas de prevenção e controlo de infeção, incluindo a utilização adequada de equipamentos de proteção individual;
b. Implementar e assegurar medidas de segurança associadas à manipulação de dispositivos invasivos e ao contacto com fluidos biológicos no pré-hospitalar;
c. Identificar riscos de contaminação e adotar estratégias que minimizem a transmissão cruzada durante a prestação de cuidados e o transporte;

d. Sensibilizar a equipa, a pessoa e a família para práticas seguras de prevenção da infeção, sempre que o contexto e a ocorrência o permitam.

5. Estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz com a PSC e com a família, reconhecendo o seu papel na resposta à emergência.

a. Utilizar estratégias de comunicação adaptadas ao estado clínico, emocional e cognitivo da pessoa, promovendo a escuta ativa e a validação emocional;
b. Assegurar uma comunicação clara, objetiva e humanizada com a família/cuidador no local da ocorrência, explicando procedimentos e decisões clínicas sempre que possível;
c. Facilitar a continuidade e transição dos cuidados, promovendo uma transmissão de informação estruturada e eficaz entre equipas multidisciplinares.

6. Atuar como promotor da humanização dos cuidados em contexto pré-hospitalar, valorizando a dignidade da pessoa em ambientes adversos e de elevada pressão.

a. Identificar e implementar práticas que reforcem o respeito, o conforto e a dignidade da PSC, mesmo em ambientes não convencionais;
b. Propor estratégias simples e adaptadas de humanização dos cuidados em contexto pré-hospitalar, integrando a comunicação, o toque terapêutico e o respeito pela individualidade;
c. Apoiar a equipa na reflexão sobre o impacto emocional da intervenção em emergência, promovendo uma prática consciente, empática e com foco na pessoa.

APÊNDICE V – Ferramenta: "*Proposta de Projeto: Facilitar a Comunicação Verbal e Não Verbal da Pessoa em Situação Crítica em UCI*"

INTRODUÇÃO

A comunicação representa uma componente fulcral do cuidar em enfermagem, sobretudo no contexto das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), onde a pessoa internada se encontra, frequentemente, privada da sua capacidade de expressar verbalmente as suas necessidades, emoções e desconfortos. Neste ambiente em particular – marcado pela sua elevada complexidade tecnológica, ruído constante dos dispositivos, bem como pela presença de dispositivos invasivos como a ventilação mecânica, tubos orotraqueais ou sondas nasogástricas – o processo comunicativo encontra desafios acrescidos. Estudos demonstram que os profissionais de enfermagem em UCI identificam dificuldades significativas na comunicação com pessoas em situação crítica (PSC), especialmente quando estes não conseguem falar ou estão sob sedação, o que compromete tanto a expressão das necessidades como a perceção da equipa das mesmas (Al-Yahyai et al., 2021; Jin Yoo et al., 2020). Além disso, a literatura sublinha que a comunicação, verbal e não verbal, assume um papel determinante na qualidade dos cuidados prestados, na participação da pessoa nos processos terapêuticos e na manutenção da sua dignidade enquanto sujeito de cuidado (Al-Shamaly, 2022).

Perante este cenário, torna-se imperativo desenhar e implementar estratégias e ferramentas que permitam uma comunicação eficaz, acessível e centrada na pessoa, capazes de ultrapassar as limitações impostas pela condição clínica e pelo ambiente crítico. A disponibilização de instrumentos estruturados e visualmente claros poderá contribuir para reduzir sentimentos de frustração, ansiedade ou isolamento, enquanto facilita a identificação precoce das necessidades, reforça a segurança clínica e promove uma relação terapêutica mais humanizada entre a pessoa e a equipa de enfermagem. É neste enquadramento que se desenvolve a presente proposta de projeto, cuja finalidade é criar suportes visuais funcionais que facilitem a comunicação verbal e não verbal da pessoa internada em UCI, alinhando-se com as competências preconizadas, no Regulamento n.º 429/2018e contribuindo para uma prática de cuidados baseada na evidência, centrada na pessoa e promotora da sua dignidade.

OBJETIVOS DO PROJETO

Seguindo as competências descritas nos Regulamento n.º 429/2018 e Regulamento n.º 140/2019, publicados pela Ordem dos Enfermeiros, este projeto visa operacionalizar as dimensões essenciais do cuidar especializado através do desenvolvimento de ferramentas que facilitem a

comunicação verbal e não verbal da pessoa internada em UCI. Estas ferramentas pretendem reforçar a segurança, o conforto, a autonomia comunicativa e a humanização dos cuidados.

- **Domínio da Competência Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Competência A2.1 — "*Promove a proteção dos direitos humanos*" (OE, 2019, p. 4746);

Competência A2.2 — "*Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente"* (OE, 2019, p. 4746).

O projeto contribui para práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos, promovem a privacidade e salvaguardam a dignidade da PSC. Com ferramentas estruturadas de comunicação, garante-se o direito à autodeterminação e expressão das necessidades, reduzindo a vulnerabilidade e reforçando a segurança e ética das intervenções realizadas pela equipa.

- **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

Competência B1.1 — "*Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade"* (OE, 2019, p. 4747)*;*

Competência B2.1 — "*Avalia a qualidade das práticas clínicas"* (OE, 2019, p. 4747)*;*

Competência B2.2 — "*Planeia programas de melhoria contínua"* (OE, 2019, p. 4747)*;*

Competência B3.2 — "*Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais"* (OE, 2019, p. 4748).

Estas são operacionalizadas através da implementação de instrumentos comunicacionais baseados em evidência, que permitem avaliar e melhorar as práticas clínicas. O projeto facilita a identificação de oportunidades de melhoria, contribui para a criação de estratégias comunicacionais e reforça a gestão do risco ao reduzir erros decorrentes de falhas de comunicação, promovendo ambientes de cuidados mais seguros.

- **Domínio da gestão dos cuidados**

Competência C1.1 — "*Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão"* (OE, 2019, p. 4748)*;*

Competência C2.1 — "*Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados"* (OE, 2019, p. 4748).

O projeto otimiza o processo de decisão clínica e melhora a articulação da equipa, padronizando a comunicação, proporcionando informação mais clara sobre as necessidades da

pessoa, facilitando intervenções atempadas e adequadas. Além disso, melhora a organização dos recursos e a coordenação, tornando a equipa mais eficiente e orientada para as necessidades reais da pessoa.

- **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Competência D1.2 — "*Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional"* (OE, 2019, p.

4749) *;*

Competência D2.2 — "*Suporta a prática clínica em evidência científica"* (OE, 2019, p. 4749)*;* Competência D2.3 — "*Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho"* (OE, 2019, p. 4750)*.*

Estas competências são promovidas através da incorporação de práticas baseadas em evidência científica e da criação de ferramentas que impulsionam a aprendizagem individual e coletiva. Assim, estimula a adaptabilidade da equipa perante novas estratégias comunicacionais, reforça a prática fundamentada e contribui para a formação de padrões na área da comunicação, favorecendo o desenvolvimento contínuo de competências avançadas.

Relativamente às competências específicas, o projeto desenvolve-se segundo as seguintes:

Competência 1.1 — "*Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*"

Competência 1.3 — "*Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas*"

Competência 1.4 — "*Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde"*

Competência 1.5 — *"Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica"*

Competência 1.6 — *"Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica"*

As competências específicas evidenciam a necessidade da intervenção especializada que integra a identificação precoce de variações clínicas, a gestão diferenciada da dor, a comunicação terapêutica e o apoio emocional. Neste sentido, o projeto disponibiliza ferramentas que facilitam a

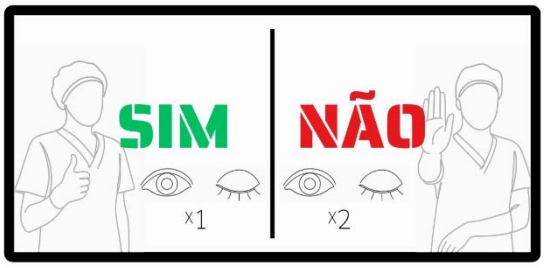
expressão de necessidades, sintomas e emoções por parte da PSC. Ao promover uma comunicação mais clara e acessível, quando a linguagem verbal se encontra comprometida, estas ferramentas ajudam na avaliação precisa para adaptar as intervenções. Também apoiam a gestão do medo e ansiedade, constituindo-se como um recurso que humaniza os cuidados prestados.

DESCRIÇÃO DA PROPOSTA

O projeto consiste na criação de três cartões de comunicação, com *design* claro, letras legíveis e ícones visuais universais, de forma a permitir uma utilização rápida e intuitiva, mesmo por pessoas com limitações cognitivas, motoras ou sensoriais.

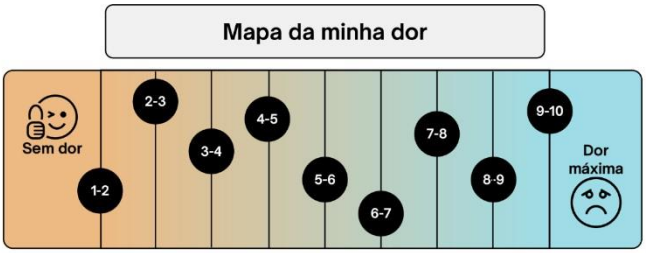
- **Cartão de Resposta Binária (“Sim” / “Não”)**

Este cartão destina-se a permitir respostas simples e diretas a perguntas colocadas pelos profissionais. Terá cores contrastantes (p.e.: verde para “Sim” e vermelho para “Não”), permitindo que a pessoa aponte, pisque os olhos como indicado, olhe ou indique de outra forma a sua resposta.



- **Cartão de Dor – Intensidade e Localização**

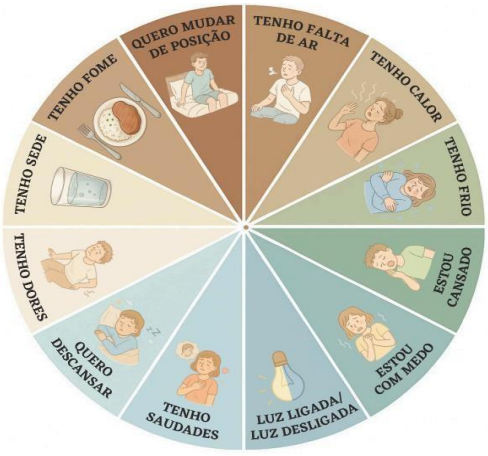
Composto por uma escala visual numérica de 0 a 10, com expressões faciais ilustrativas na dor mínima e na dor máxima.



- **Roda de Necessidades e Conforto**

Representada por um esquema circular com símbolos simples representando necessidades fisiológicas e de conforto, como:

- Tenho sede
- Tenho fome
- Tenho dores
- Quero mudar de posição
- Tenho falta de ar
- Tenho calor



- Tenho frio
- Estou cansado
- Tenho saudades
- Quero descansar
- Luz ligada / Luz desligada
- Estou com medo

IMPLEMENTAÇÃO E IMPACTO ESPERADO

Os materiais serão elaborados em formato A4, plastificados, para higienização rápida e segura, conforme as exigências do ambiente de cuidados intensivos. A construção destes suportes resultou na análise das necessidades comunicacionais observadas em UCI e da discussão com membros da equipa de enfermagem, que contribuíram com sugestões práticas sobre conteúdos, organização dos ícones e aplicabilidade no contexto real. Esta colaboração direta permitiu adequar os instrumentos às limitações frequentes da PSC, tornando-os mais funcionais e ajustados à rotina dos cuidados.

A literatura demonstra que a implementação de estratégias de comunicação constitui uma mais-valia significativa em contextos críticos. Estudos evidenciam que estes recursos facilitam a expressão de necessidades, a identificação de sintomas, p.e.: dor ou ansiedade, e a participação ativa da pessoa nas decisões sobre o processo de cuidados (Al-Yahyai et al., 2021). Adicionalmente, uma boa comunicação está associada a menores níveis de frustração, ansiedade e isolamento, promovendo um maior conforto emocional e reforçando a perceção de segurança (Jin Yoo et al., 2020). A relação terapêutica é igualmente fortalecida visto que a comunicação constitui um pilar essencial da humanização dos cuidados em UCI (Al-Shamaly, 2022).

Assim, espera-se que a introdução destes instrumentos contribua para uma melhoria significativa da comunicação entre a PSC e a equipa multidisciplinar, permitindo respostas mais rápidas, precisas e centradas nas necessidades reais. Do ponto de vista da equipa, prevê-se uma redução de eventos de má comunicação, maior uniformização da linguagem e dos registos, e um apoio adicional à avaliação da pessoa, especialmente na identificação da dor, desconforto ou alterações emocionais. Estes ganhos potenciam a segurança dos cuidados e favorecem a continuidade e a coerência das intervenções entre os profissionais da equipa.

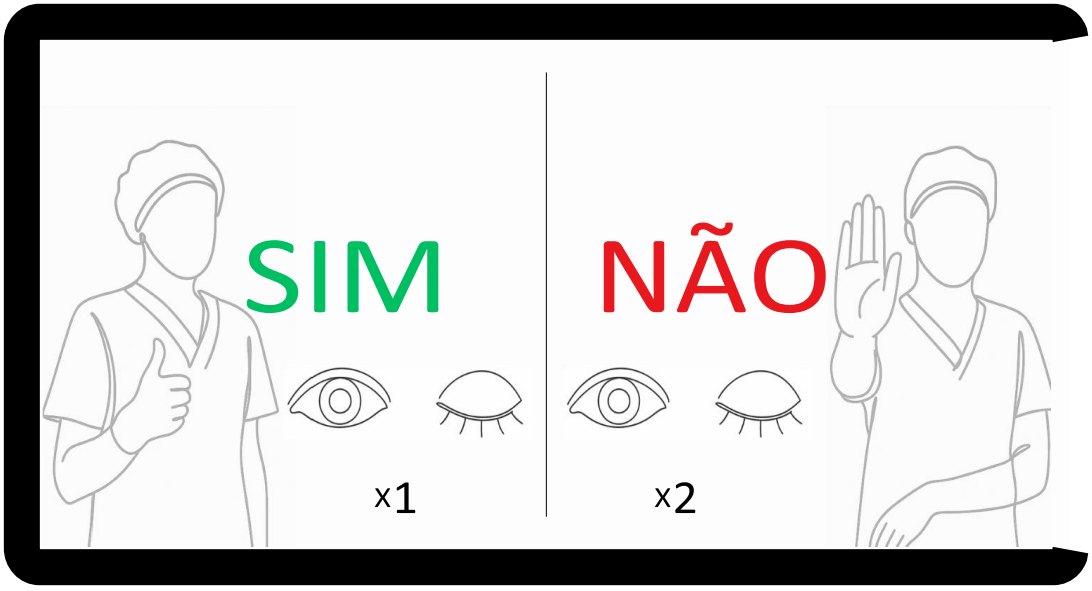
CONCLUSÃO

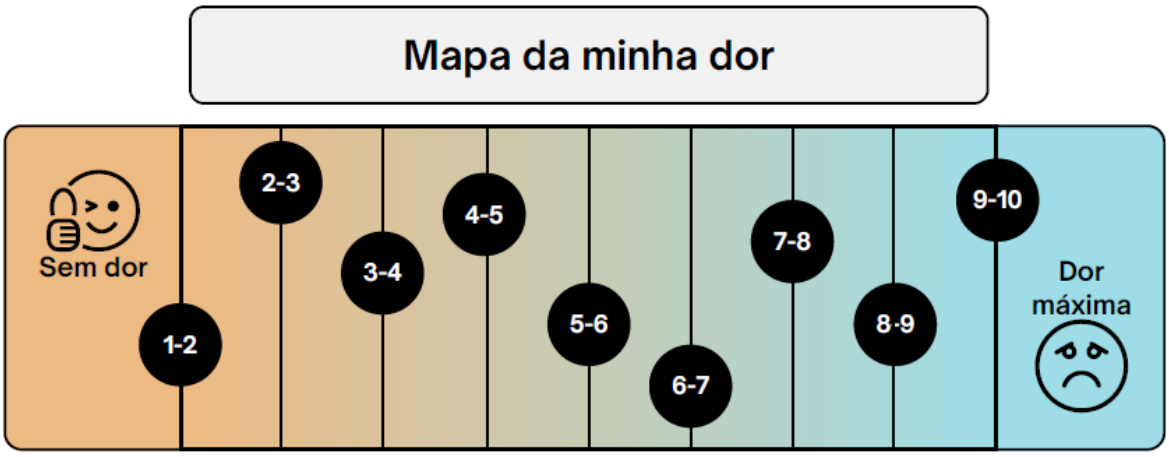
A comunicação constitui um elemento estruturante dos cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos, assumindo particular relevância quando a pessoa se encontra impossibilitada de utilizar a linguagem verbal. A incapacidade de comunicar necessidades, sentimentos e desconfortos compromete não só a avaliação clínica, mas também a dignidade, a autonomia e o bem-estar emocional da PSC. Os suportes desenvolvidos neste projeto respondem a esta lacuna ao proporcionar meios acessíveis, claros e humanizados de expressão, permitindo que a pessoa participe ativamente no processo de cuidados, mesmo perante limitações significativas.

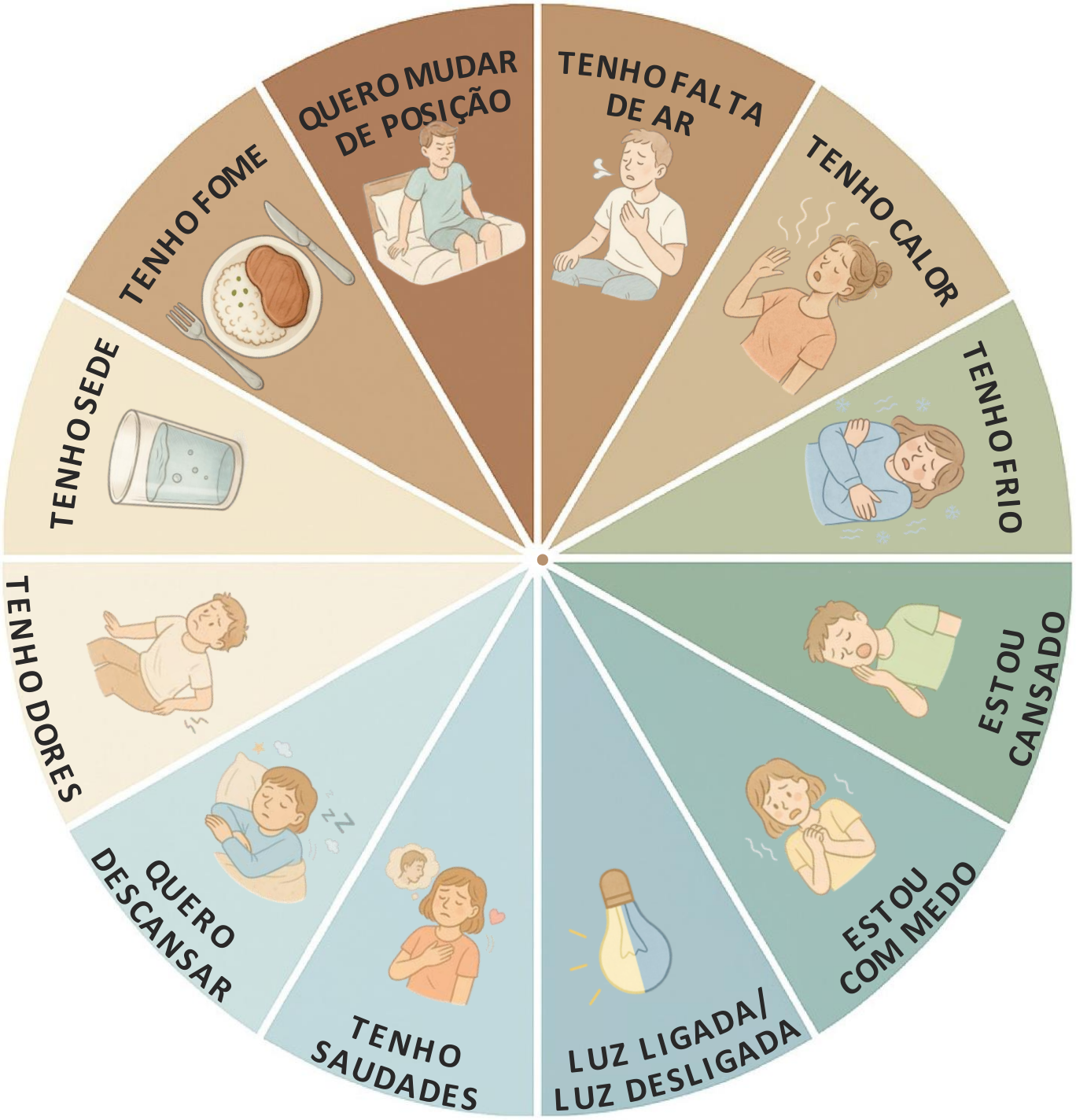
A articulação do projeto com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista reforça a sua pertinência e fundamentação profissional, evidenciando o compromisso com páticas seguras, éticas, baseadas na evidência científica e orientadas para a melhoria contínua da qualidade. Ao facilitar a identificação precoce das necessidades, apoiar a gestão da dor e do conforto, fortalecer a relação terapêutica e reduzir sentimentos de ansiedade, impotência, medo ou isolamento, as ferramentas propostas contribuem para uma intervenção mais completa, sensível e centrada na pessoa.

Do ponto de vista da equipa, estes instrumentos potenciam a comunicação multidisciplinar, promovem uniformização dos cuidados, diminuem a probabilidade de erros interpretativos e reforçam a segurança clínica, integrando-se de forma funcional na dinâmica de cuidados da UCI. Para além do seu impacto imediato, constituem um recurso sustentável e adaptável, suscetível de evolução e aperfeiçoamento contínuo, acompanhando as necessidades emergentes da prática especializada.

Em síntese, este projeto concretiza uma abordagem integradora entre tecnologias simples, evidência científica e humanização dos cuidados, contribuindo para a qualidade das interações entre a PSC e os profissionais que cuidam da pessoa. Ao promover uma comunicação mais eficaz, acessível e digna, reforça a essência do cuidar em enfermagem e reafirma o compromisso ético e profissional com a pessoa, a sua autonomia e a sua segurança.


SIM
NÃO
x1
x2


Mapa da minha dor
Sem dor
1-2
2-3
3-4
4-5
5-6
6-7
7-8
8-9
9-10
Dor máxima


QUERO MUDAR DE POSIÇÃO
TENHO FALTA DE AR
TENHO CALOR
TENHO FRIO
ESTOU CANSADO
ESTOU COM MEDO
LUZ LIGADA/ LUZ DESLIGADA
TENHO SAUDADES
QUERO DESCANSAR
TENHO DORES
TENHO SEDE
TENHO FOME

APÊNDICE VI – Apresentação "*A Família no cenário Pré-hospitalar: Implicações na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica*"

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

A Família no cenário Pré-hospitalar:
Implicações na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica

Enfª. Mafalda Veloso
(Estudante Mestrado em EMC-PSC)

Sob orientação de:
Enfª Mª Helena Palma
Profª. Diana Vareta

1

Estrutura

01
Objetivos

02
Porquê?

03
Benefícios e papel da família

04
Desafios vs. Riscos

05
O "*Aftercare*"

06
Referências

2

Os Enfermeiros no pré-hospitalar: VMER e SIV

VMER

Médico e enfermeiro
Competências em SAV

SIV

Enfermeiro e TEPH
Estabilização e transporte

Presença do enfermeiro como elemento **permanente** nas equipas diferenciadas
Modelo **distinto** de sistemas baseados exclusivamente em paramédicos ou técnicos

(INEM, 2017; INEM, 2024)

5

Benefícios e papel da família no local

No PH, a família assume diferentes papéis, com impacto direto nos cuidados:

- Fonte essencial de **informação clínica** relevante
- Elemento de **apoio emocional** para a pessoa
- Facilitadora de **compreensão**
- Promotora de **confiança** na equipa

≠

- Potencial fator de **interferência e stress operacional**

(Cruz et al., 2019; Grønlund et al., 2023; NAEMT, 2017; Robinson et al., 2024)

6

Benefícios e papel da família no local

Impacto da presença da família nas equipas:

- Aumento da carga emocional da intervenção
- Necessidade acrescida de comunicação e gestão relacional
- Potencial interferência na dinâmica da equipa
- Exigência de competências não técnicas (liderança, comunicação)

Estratégias de abordagem à família no pré-hospitalar:

- Comunicação clara, breve e adequada ao momento
- Definição explícita de limites e regras de segurança
- Orientação contínua da família durante a intervenção

(Cruz et al., 2019; Grønlund et al., 2023; NAEMT, 2017; Robinson et al., 2024)

7

Riscos

- **Interferência** direta
- **Condicionamento** da tomada de decisão
- **Segurança** comprometida
- **Impacto psicológico** negativo

VS.

Desafios

- Gestão da **carga emocional**
- **Comunicação eficaz**
- Definição de **limites**
- Manutenção do **foco clínico**

(Cruz et al., 2019; Grønlund et al., 2023; NAEMT, 2017)

8

Implicações para a prática no PH:

- **Avaliação** rápida e contínua
- **Comunicação** estruturada e adequada
- Definição clara de **limites** e regras de **segurança**
- Atribuição de um **papel** à família
- Tomada de decisão **dinâmica**

(Cruz et al., 2019; Grønlund et al., 2023; NAEMT, 2017)

9

"*Aftercare*" no contexto pré-hospitalar

Aftercare

Conjunto de **intervenções** pós-evento crítico
→ **Objetivo:** apoiar a pessoa e a família na compreensão e gestão do impacto emocional e na continuidade dos cuidados

Inclui:
- Apoio após o evento crítico e os cuidados prestados
- Impacto emocional à pessoa e à família
- Encaminhamento para outros recursos
- Acompanhamento pós-evento, quando existente
- Valorização da experiência da pessoa e da família

(Bammann et al., 2022; Rolfe et al., 2024)

10

Humanização dos cuidados e o "*Aftercare*"

Aftercare

- **O cuidado não termina no transporte**
- Valoriza a pessoa/família como **sujeitos do cuidado**
- Reduz sentimentos de **medo**, **incerteza** e **culpa**
- Promove **dignidade**, **respeito** e **comunicação** – pilares da Humanização
- Contribui para uma perceção de cuidado mais humano e completo

(INEM, 2017; INEM, 2024; Mota et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

11

O INEM, a Enfermagem e a Humanização

A integração do enfermeiro nas equipas VMER e SIV tem implicações diretas na prática e na humanização dos cuidados:

- Maior **autonomia** na avaliação clínica e tomada de decisão
- **Papel ativo** na comunicação com a pessoa e a família
- Gestão da **dimensão emocional** do cenário
- Abordagem focada na pessoa e na família
- Potencial para **continuidade e *aftercare***

(INEM, 2015; INEM, 2017; Mota et al, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

12

APÊNDICE VII – Jornal de Aprendizagem "*Atuação em Contexto de Urgência: Desafios da Coordenação e da Segurança da Pessoa - Uma abordagem reflexiva*"

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – 2º CICLO

1º ANO/2º SEMESTRE

ATUAÇÃO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA: DESAFIOS DA COORDENAÇÃO E DA SEGURANÇA DA PESSOA

Uma abordagem reflexiva

Mafalda Veloso, nº 118760

Docentes:

Profª Mestre Diana Vareta

Enfª. RP

Monte da Caparica

Ano letivo 2024/2025

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – 2º CICLO

Atuação em Contexto de Urgência: Desafios da Coordenação e da Segurança da Pessoa

Uma abordagem reflexiva

Trabalho elaborado no âmbito do Estágio I

Mafalda Veloso, nº 118760

Docentes:

Profª Mestre Diana Vareta

Enfª. RP

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 5
CICLO REFLEXIVO DE GIBBS 5
1.1 Descrição 6
1.2 Sentimentos 7
1.3 Avaliação 8
1.4 Análise 11
1.5 Conclusão 13
1.6 Planeamento da Ação 14
CONSIDERAÇÕES FINAIS 19
BIBLIOGRAFIA 21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

APA – *American Psychological Association*

BUC – Bloco de Urgência Central

CG – Cirurgia Geral

CODU – Centros de Orientação de Doentes Urgentes

CQS – Comissão de Qualidade e Segurança

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EOT – Entubação Orotraqueal

FAST – *Focused Assessment with Sonography in Trauma*

FC – Frequência Cardíaca

GCS – *Glasgow Coma Scale*

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

LR – Lactato de Ringer

MAD – Máscara de Alto Débito

MI – Medicina Interna

NAD – Noradrenalina

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SpO_2 – Saturação Periférica de Oxigénio

SR – Sala de Reanimação

SUG – Serviço de Urgência Geral

TA – Tensão Arterial

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) a área da pessoa em situação crítica (PSC), foi proposto o desenvolvimento de uma reflexão crítica estruturada com base no Ciclo de Gibbs, aplicada a um episódio clínico relevante, vivido ou observado na prática profissional, sendo o seu objetivo promover o pensamento reflexivo, consolidar aprendizagens clínicas e desenvolver competências fundamentais à prática avançada, como a tomada de decisão, a liderança e a resposta em situações complexas. O Ciclo de Gibbs permite uma análise organizada das experiências, passando pela descrição dos acontecimentos, identificação de sentimentos, avaliação, análise crítica e definição de estratégias de melhoria (Gibbs, 1998). Trata-se de um modelo que transforma situações vividas em oportunidades de aprendizagem orientadas para a melhoria contínua da prática profissional.

A situação analisada refere-se à atuação de uma equipa multidisciplinar numa sala de reanimação (SR), baseada num episódio presenciado por uma enfermeira generalista com cinco anos de experiência, enquanto aluna do mestrado em EMC. O caso, ocorrido num Serviço de Urgência Geral (SUG), evidenciou fragilidades estruturais e organizacionais: ausência de liderança clínica, falta de articulação entre equipas e integração limitada dos estudantes nos cenários críticos. A análise desta experiência permitirá refletir sobre o impacto das falhas na segurança da PSC e na formação de futuros enfermeiros especialistas (EE), propondo melhorias à luz do Regulamento n.º 429/2018, da Ordem dos Enfermeiros (OE), com foco na qualidade dos cuidados e na organização das equipas em SUG.

Neste sentido, define-se como objetivo geral: analisar, segundo o Ciclo de Gibbs, uma situação clínica realista de elevada complexidade, identificando os fatores que condicionaram a atuação da equipa multidisciplinar e da aluna de enfermagem em contexto de urgência. E como objetivos específicos:

- Refletir sobre os sentimentos experienciados, considerando o papel e limitações da aluna;
- Avaliar os aspetos positivos e negativos da resposta da equipa, à luz das competências descritas no Regulamento;
- Analisar criticamente os fatores organizacionais que influenciaram a coordenação e segurança da atuação clínica;
- Propor um plano de ação com estratégias de melhoria para a prática profissional e formativa em cenários críticos.

Começamos este trabalho com a presente **Introdução**, onde fundamentamos o tema e expomos os objetivos. Segue-se a aplicação do **Ciclo de Gibbs**, descrevendo as suas seis fases. Por fim,

temos as **Considerações Finais** e as **Referências Bibliográficas**, organizada de acordo com as normas da APA 7ª edição. De salientar que o texto está redigido conforme o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e as orientações institucionais para a elaboração de trabalhos académicos.

CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

Em 1998, Graham Gibbs publica o livro intitulado de “Learning by doing: a guide to teaching & learning methods”, onde descreve uma forma de análise reflexiva com 6 fases/etapas, sendo elas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação. Este tipo de reflexão estruturada facilita o processo de análise e permite uma escrita clara e concisa de casos e situações específicas (Gibbs, 1998).

O processo de análise reflexiva é um modelo de reflexão que orienta a análise estruturada de uma experiência, promovendo a compreensão dos pensamentos e dos sentimentos envolvidos, assim como a avaliação crítica do ocorrido, a identificação de aprendizagens e a elaboração de estratégias para melhorar a atuação em situações futuras (Gibbs, 1998; Alves et al., 2013).

1.1 Descrição

Nesta fase inicial, processos a descrição objetiva dos acontecimentos, limitando-se apenas à apresentação factual da situação virgula sem interpretações ou julgamentos. Corresponde então à resposta à pergunta: “O que aconteceu?” (Gibbs, 1998).

Importa referir que o caso fique apresentado é fictício, ainda que inspirado na realidade clínica, tendo sido construído com base numa situação presenciada por uma enfermeira generalista no papel de aluna de enfermagem da EMC na área da PSC, com 5 anos de experiência, a realizar o seu estágio no SUG de uma unidade hospitalar de média dimensão, localizada na região centro-sul do país. Todos os nomes, idades ou qualquer tipo de fator identificador são fictícios e qualquer parecença com a realidade é coincidência.

Às 19:10 horas, é admitido no SU o senhor C, 57 anos, vítima de queda de um muro de cerca de 3 metros de altura, em contexto de um acidente laboral. Foi encontrado, pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), em Glasgow Coma Scale (GCS) score 15, sonolento, mas facilmente despertável. No transporte para o hospital, afunda estado de conhecimento, com GCS 12 e inicia quadro de instabilidade hemodinâmica. Assim, a VMER, avaliando o risco de deterioração durante o transporte para o hospital central, avisa o Centro de Orientação de Doentes Urgente (CODU), e desloca se para o hospital em questão.

À chegada à SR, o senhor mantinha quadro de agitação psicomotora, com GCS 12 (O4V3M5), taquicárdico (Frequencia Cardíaca [FC] ~140bpm), Hipotenso (Tensão Arterial [TA] inicial 75/53 mmHg) e com saturação periférica de oxigénio (SpO2)~97% com máscara de alto débito (MAD). A avaliação inicial indicava ausência de queixas verbais de dor, com mobilização dos 4 membros, mantinha cinta

pélvica já colocada no pré-hospitalar, e sem hemorragias visíveis, também tendo sido administrado 1g de Ácido Tranexâmico no PH.

A equipa de cirurgia geral (CG) realiza ecografia à cabeceira, o FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma), que estava positivo, evidencia líquido livre intra-abdominal. Após colheita de análises sanguíneas, o etanol sérico foi de 3,45 g/L, o que, à partida, também condiciona a avaliação neurológica inicial, dificultando a interpretação do GCS. Inicia-se fluidoterapia, com Lactato de Ringer (LR) 1000cc a correr em ritmo rápido. Mantém hipotensão, com TA 44/28 mmHg e inicia-se Noradrenalina (NAD) 10mg em 50cc de Cloreto de Sódio 0,9% (NaCl 0,9%) em veia periférica, inicialmente a 30cc/h e com redução para 20cc/h após estabilização de TA para 98/55 mmHg.

Na SR, existe uma avaliação por parte de várias equipas médicas, entre elas a medicina interna (MI), a ortopedia e a CG, assim como se mantém a vigilância por parte de uma equipa de enfermagem especializada e diferenciada. Não existiu uma definição clara da liderança clinica nem uma articulação eficiente estre as equipas, o que originou momentos de desorganização, confusão e hiperfonia. A equipa de ortopedia insistiu na avaliação da bacia antes da estabilização geral, solicitando à equipa de enfermagem para rodar o doente para observar a zona posterior do tórax; a CG preocupava-se com o FAST positivo e a presença de líquido intra-abdominal. A equipa de MI prestou de apoio para a entubação orotraqueal (EOT), e para manutenção de estabilidade hemodinâmica.

Durante este período inicial de tempo, o estado neurológico do doente deteriorou-se rapidamente, passando de GCS 12 para 8, e, pouco tempo depois, para GCS 3, com paragem respiratória e dessaturação para 84%. A equipa de MI realiza a EOT com sequência de indução rápida (Rocurónio 80mg + Cetamina 50mg). O doente foi, então, transferido para o bloco operatório para laparotomia exploradora, sob suporte de aminas e ventilatório.

1.2 Sentimentos

Nesta segunda fase do Ciclo de Gibbs, procura-se identificar e descrever os sentimento e reações experienciadas ao longo da situação clínica apresentada, de forma objetiva e sem proceder, nesta etapa, a qualquer análise crítica ou interpretação. Esta fase corresponde à questão: "Quais foram as minhas reações/sentimentos?" (Gibbs, 1998).

No decorrer da situação clínica descrita, a enfermeira D, enquanto aluna de mestrado em EMC na área da PSC, experiencia um conjunto de sentimentos intensos e contraditórios. Inicialmente, perante a informação do PH e a efetivação do quadro clínico à chegada, sentiu um misto de emoções, entre a expetativa e tensão, além de sentir uma responsabilidade acrescida, consciente da gravidade

da situação e da limitação estrutural e humana da unidade para responder a um politraumatizado. À chegada do senhor C, sentiu-se motivada para participar e observar, integrando uma intervenção real, reconhecendo o potencial formativo da experiência.

Contudo, no desenrolar da situação, instalou-se, na SR, um ambiente desorganizado e saturado, tanto em termos de espaço físico como da dinâmica entre as diferentes equipas. A presença simultânea de vários enfermeiros, dos quais apenas um de encontrava escalado para aquele contexto específico, a sua orientadora, a enfermeira G, resultou na ocupação espontânea de funções por colegas mais experientes.

Assim, a enfermeira D sentiu-se a mais, como se a presença devesse ser de observadora e não participante. Apesar de reconhecer que poderia ter contribuído para a situação atual, sentiu que foi ultrapassada por colegas, mais experientes, o que limitou a sua aprendizagem prática.

Este sentimento de exclusão foi acompanhado por frustração e desmotivação momentânea, especialmente ao compreender que o seu papel como aluna não foi valorizado naquele momento específico. Simultaneamente, sentiu-se dividida entre o desejo de intervir e o reconhecimento do seu lugar enquanto estudante, não querendo também interferir negativamente numa situação crítica.

Apesar disso, a Enfermeira D reconheceu o valor formativo da experiência, considerando que a exposição direta a uma situação tão complexa, mesmo em modo predominantemente observacional, lhe permitiu desenvolver pensamento crítico, identificar falhas estruturais e refletir sobre o que poderia ter corrido melhor sobre a situação clínica a que foi exposta.

Relativamente à desorganização evidente na SR, este foi um dos aspetos mais marcantes para a Enfermaria D. a ausência de uma liderança clínica clara, com várias equipas a intervir em simultâneo sem articulação ou definição de prioridades, o que gerou um ambiente de caos funcional. A Enfermeira D sentiu-se desconfortável ao testemunhar a fragmentação das decisões, onde diferentes especialidades procuravam atuar segundo as suas próprias prioridades, sem uma visão comum e centrada no senhor C. esta realidade despertou um sentimento de insegurança coletiva, pois, apesar de ser aluna, reconheceu que a falta de coordenação poderia comprometer a segurança do senhor C. Sentiu ainda preocupação pelo facto de a equipa de enfermagem, à semelhança das equipas médicas, também não ter estabelecido uma hierarquia funcional naquele momento, o que contribuiu para a sensação de dificuldade na atuação. Esta experiência reforçou a importância da liderança clínica eficaz e visível em contexto de urgência, e deixou-lhe um sentimento de inquietação ao perceber como, na ausência dessa liderança, até os profissionais mais experientes podiam agir de forma descoordenada, com um risco real para a pessoa e para a eficácia da equipa.

1.3 Avaliação

Na terceira fase do Ciclo de Gibbs Procede-se à avaliação crítica da experiência, procurando identificar os aspetos positivos e negativos observados ao longo do episódio. Esta etapa permite analisar os efeitos das ações tomadas, ou da sua ausência, e compreender o impacto global da situação. Corresponde à resposta à pergunta: "O que foi bom e mau na experiência?" (Gibbs, 1998).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, que estabelece o filme competências específicas do EE em EMC na área da enfermagem à PSC, é esperado que o profissional desenvolva reflexão crítica sobre a sua prática, avaliando a adequação das intervenções implementadas, bem como a eficácia da comunicação estabelecida com a PSC e com a equipa multidisciplinar. As competências consideradas mais relevantes para a análise da situação em estudo foram selecionadas com base na sua correspondência com o contexto clínico e formativo vivido. Entre elas:

"1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade;

1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;

1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica;

1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma

1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.

1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos;

1.2.2 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações;

1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados;

2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.

2.1.1 — Salvaguarda condições de segurança;

2.1.2 — Adequa resposta em situação de trauma; (…)

2.1.4 — Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas; (…)

2.1.6 — Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis.

2.4 — Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe. (…)

2.4.2 — Avalia em contínuo a articulação e eficiência da equipa;

2.4.3 — Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe;

2.4.4 — Introduz medidas corretivas das inconformidades de atuação;

2.4.5 — Demostra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência; 2.4.6 — Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe."

(OE, 2018, pp. 19363-4)

A situação clínica descrita permite evidenciar tanto elementos positivos como limitações significativas, quer do ponto do visto da resposta quer da vivência da enfermeira D enquanto aluna de mestrado.

Entre os aspetos positivos destaca-se a exposição a um cenário real de emergência de elevada complexidade, o que permitiu à Enfermeira D, como aluna, observar criticamente o funcionamento da equipa multidisciplinar em contextos de elevada pressão. A possibilidade de presenciar a evolução clínica rápida de um politraumatizado, desde a avaliação inicial até à sua transferência para outro serviço (BUC), representou um momento formativo valioso, permitindo reforçar conhecimentos técnicos reconhecer padrões clínicos de deterioração e consolidar e compreender a importância da atuação rápida e coordenada.

Apesar da sua participação direta ter sido limitada, a Enfermeira D manteve uma atitude atenta, crítica e interessada, com uma postura de observação e análise, reconhecendo precocemente alterações do estado neurológico e hemodinâmico da pessoa, reforçando o valor de presença ativa mesmo em situações de baixa intervenção prática.

Em contrapartida, os aspetos negativos foram evidentes e, em vários momentos, comprometeram a eficácia da resposta e a segurança da pessoa. A falta de liderança clínica foi um dos elementos mais críticos, gerando decisões contraditórias e guiando uma ação fragmentada,

desorganizada e sem priorização evidente, o que contribuiu para o atraso de intervenções essenciais ao processo de tratamento. A presença excessiva de profissionais na SR, dificultou a atuação eficaz da equipa e limitou o espaço físico e funcional, limitando a atuação dos intervenientes, entre eles a Enfermeira D.

A Enfermeira D viu a sua integração formativa comprometida por dinâmicas informais, privilegiando a observação de análise da periferia, compreendendo assim que houve um assumir de funções sem articulação prévia. Assim esta experiência foi simultaneamente formativa e frustrante, tendo um impacto negativos na sua perceção enquanto estudante. Do ponto de vista da equipa multidisciplinar, ausência de uma estratégia coordenada levou ao atraso e sobreposição de intervenções cruciais, com potencial risco para a estabilidade clínica da pessoa. Também demonstrou que, quando não estão aceleradas as competências descritas no regulamento, particularmente nas dimensões da coordenação, segurança e comunicação, podem surgir consequências graves.

1.4 Análise

Nesta fase, pretende-se realizar uma análise aprofundada da experiência, atribuindo-lhe significado através da articulação entre os acontecimentos vivenciados, os sentimentos e o conhecimento prévio do indivíduo. A questão orientadora desta fase é: "Que sentido podemos identificar na situação?" (Gibbs, 1998).

A analise esta situação permite uma compreensão mais aprofundada dos fatores que contribuíram para os aspetos negativos e positivos identificados na fase anterior, evidenciando de forma clara a importância da coordenação, da estrutura institucional e da integração adequada dos estudantes em contexto real.

A desorganização vivida na SR reflete falhas significativas na gestão, contrariando várias das competências definidas no Regulamento n.º 429/2018 para o EE em EMC na área da PSC. Em particular, não foram asseguradas competências como a 2.4.2, que orienta para a avaliação contínua da articulação e da eficiência da equipa, nem a 2.4.4, que prevê a introdução de medidas corretivas perante a identificação de inconformidades na atuação. A ausência de uma liderança clínica clara comprometeu a resposta coordenada e contribuiu para decisões clínicas isoladas, com impacto direto na segurança da pessoa (2.1.1) e na eficácia das intervenções implementadas (OE, 2018).

Este tipo de falhas organizacionais é apontado como uma das principais causas de eventos adversos evitáveis em SU, conforme mencionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030. Agir atrizes internacionais sobre a segurança

da pessoa recomendam a existência de protocolos e planos de ação claros, especialmente em contextos de emergência, com o objetivo de clarificar papéis, responsabilidades E circuitos de atuação. A OMS destaca ainda que a prática de enfermagem nestes contextos deve ser rigorosamente protocolada, transparente e sujeito a registos formais de incidentes que possam comprometer a segurança da pessoa ou da equipa. Sublinha-se, igualmente, e importância da formação contínua e atualizada para todos os profissionais envolvidos em equipas de urgência, como medida fundamental para a prevenção de erros e para a resposta eficaz em situações críticas (OMS, 2021).

A presença de elementos da equipa que não estavam escalados para a sala de reanimação, e a ausência de uma definição clara de papeis, agravaram as organizações e dificultaram a fluidez do trabalho, contrariando também a competência 2.1.2, que exige adequação as respostas em situações de trauma. A dificuldade na implementação de protocolos coerentes, em articulação com as diferentes especialidades, revelou-se particularmente crítica numa situação em que a evolução clínica da pessoa foi rápida e imprevisível, exigindo também uma resposta célere, como preconiza a competência 2.4.3, tenciona a necessidade de adequação das respostas face à evolução dinâmica da emergência (OE, 2018).

A liderança eficaz assume um papel determinante em contextos de urgência e elevada complexidade, sendo reconhecida como a competência crítica na gestão segura e coordenada das equipas (Silva et al., 2014). Nestes ambientes, a atuação do enfermeiro influencia diretamente a qualidade dos cuidados, na tomada da decisão assertiva, na comunicação interprofissional e na capacidade de resposta da equipa. Os diferentes estilos de liderança, quando aplicados em contextos de emergência, estão associados à redução da rotatividade da equipa e a melhoria dos resultados nos cuidados refletindo positivamente na segurança do doente e na eficácia das intervenções implementadas (Grivol et al., 2020).

Apesar de não ter intervindo diretamente, a Enfermeira D, enquanto aluna de mestrado e enfermeira generalista, demonstrou uma postura de observação crítica e de vigilância ativa. A sua capacidade de reconhecer a deterioração clínica uma pessoa digo associada à análise dos constrangimentos organizacionais, revela está alinhada com competência 1.1.1 “Identifica prontamente focos de instabilidade”, e com a 1.1.2 “Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade”, ainda que neste caso a resposta se tenha limitado à análise e observação e não a execução de cuidados complexo os sacos em formação (OE, 2018, p. 19363). Do mesmo modo, a perceção da dinâmica da equipa e da ausência de comunicação eficaz demonstra progressão no desenvolvimento da competência 2.4.6 “Gere a comunicação de informações referentes à evolução da situação de emergência ou catástrofe” (OE, 2018, p. 19364). Esta capacidade de análise crítica,

mesmo em regime observacional, é apontada por Moreira2019, como um dos pilares do desenvolvimento profissional em contextos de estágios avançados.

Como já mencionado, do ponto de vista formativo, a enfermeira sentia-se desvalorizada e afastada, o que realça que a falta de espaço física e funcional não permite a participação de forma segura e supervisionada, o que gera sentimentos de frustração e impotência. Este tipo de limitação é considerada uma barreira ao desenvolvimento de competências clínicas em contexto real Coutinho 2021. Ainda assim, a capacidade de reconhecer criticamente os fatores que limitaram a sua participação, sem adotar uma posição de confronto, demonstra maturidade e compreensão do funcionamento real das equipas, além de um posicionamento alinhado com as competências esperadas de um futuro enfermeiro especialista.

Por fim, esta análise evidencia que, quando não estão asseguradas competências como a coordenação, a segurança e a comunicação interprofissional, surgem consequências relevantes, tanto para a qualidade dos cuidados prestados com para a formação de profissionais em desenvolvimento. A ocorrência de situações como este reforçam a necessidade de liderança clínica efetiva, estratégias de integração bem definidas, e respeito pelos papéis funcionais, particularmente em cenários de instabilidade clínica e de elevada complexidade. A OE sublinha que a atuação em contexto de emergência deverá ser uma atuação eficaz, segura e fundamentada em práticas colaborativas , o que não se verificou no caso exposto.

Em suma, mais do que no caso clínico isolado, esta situação espelha as fragilidades estruturais e organizacionais que ainda persistem em contextos de SU, e mostra como essas lacunas podem comprometer simultaneamente a segurança do doente e o percurso formativo de futuros especialistas.

1.5 Conclusão

A situação vivida pela Enfermeira D, enquanto estudante de mestrado em EMC na área da PSC, revelou-se um ponto de viragem na sua perceção sobre segurança clínica. O cenário de urgência, marcado por desorganização e ausência de liderança funcional, evidenciou que a qualidade dos cuidados não decorre apenas da técnica individual, mas sobretudo da estrutura coletiva e da coordenação eficaz da equipa multidisciplinar (OMS, 2021; Välimäki et al., 2024). Assim, é possível afirmar que esta situação mostrou ser profundamente formativa, sobretudo por permitir uma análise crítica sobre a relação entre a estrutura institucional, a dinâmica da equipa e os processos de aprendizagem inerentes à mesma.

A sobreposição de papéis e falhas de comunicação na SR comprometeram a intervenção eficiente e eficaz da equipa, colocando em risco a segurança da pessoa alvo dos cuidados. Estudos como o de Lee et al. (2022) confirmam que ambientes sem liderança clara apresentam uma maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos evitáveis, com consequências diretas na segurança da pessoa, na qualidade dos cuidados e nos custos hospitalares (Lee et al., 2022). Em contrapartida, liderar com clareza e como comunicação eficaz, promove o empowerment da equipa e melhora os resultados e satisfação relativamente aos cuidados da saúde e aumenta a satisfação profissional dos elementos da equipa multidisciplinar (Alsadaan et al., 2023).

Apesar da limitada participação direta, a adoção de uma postura observacional e reflexiva constitui um instrumento valioso de desenvolvimento pessoal e profissional. De acordo com Benito et al. (2012), o estágio supervisionado é o espaço ideal para o desenvolvimento de competências gerais e específicas, promovendo o raciocínio crítico, a tomada de decisão e a comunicação eficiente, sendo estes pilares essenciais à atuação de segura em saúde (Benito et al., 2012). A postura reflexiva da Enfermeira D traduziu, assim, maturidade e um exercício avançado de pensamento crítico, sendo este o tipo de participação observacional considerado essencial para a construção de um profissional e para o desenvolvimento da competência de vigilância segura e antecipatória.

Em paralelo, a reflexão sobre a liderança em contexto de urgência destacou-se como uma aprendizagem central. Estudos como o de Andrigue et al. (2016), reforçam que estilos de liderança situacional e transformacional favorecem a participação, a comunicação e o empowerment da equipa, estando associados a melhores resultados clínicos e uma maior coesão funcional (Andrigue et al., 2016). Esta compreensão reforçou o compromisso da enfermeira com a construção de uma prática profissional que valorize não só a competência técnica como também a competência de liderança em contextos críticos. Esta compreensão reforçou o compromisso da enfermeira em desenvolver uma prática profissional que valorize tanto as competências técnicas como as suas capacidades de liderança, gestão e organização, alinhadas com os princípios da segurança e de coordenação do Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018).

Por fim, esta experiência ensinou que a segurança em contexto de urgência não depende apenas de cada profissional agir bem, mas sim de como as equipas se organizam, comunicam e lideram. A ausência de uma estrutura coletiva clara não só fragiliza a intervenção médica e de enfermagem, como também limita a aprendizagem formativa dos estudantes. Conclui-se que liderar com eficácia, promover a motivação da equipa e garantir uma cultura de organização estruturada são fatores essenciais para garantir cuidados seguros, éticos e protocolados, culminando assim em resultados positivos nos contextos críticos.

1.6 Planeamento da Ação

A última fase do Ciclo de Gibbs, o Plano de Ação, visa delinear estratégias concretas e realistas que permitam melhorar a resposta em futuras situações clínicas de elevada complexidade, como a analisada. Esta etapa centra-se na aprendizagem obtida com a experiência, procurando identificar mudanças na prática profissional, reforçar a segurança da PSC i promover a liderança e organização da equipa em contexto de urgência. Assim, responde às questões: "O que posso fazer de diferente numa situação semelhante, da próxima vez? O que posso fazer com o que aprendi?" (Gibbs, 1998).

Dando seguimento à reflexão desenvolvida, este plano de ação estrutura-se com base nas aprendizagens retiradas do caso clínico analisado, tendo como objetivo o reforço da segurança da PSC, a promoção de uma liderança eficaz e a otimização da organização da equipa multidisciplinar em contexto de urgência hospitalar. A situação experienciada evidenciou fragilidades estruturais relevantes, particularmente ao nível da articulação multidisciplinar, da ausência de liderança clínica funcional e da integração insuficiente dos estudantes nos cenários críticos. Neste sentido, as intervenções propostas centram-se na resposta a estas fragilidades, visando não apenas a melhoria da prática profissional, como também a criação de ambientes de cuidados mais seguros, coordenados e propícios a aprendizagem supervisionada. As estratégias delineadas assentam em evidência científica recente e procuram ser exequíveis num cotidiano clínico, contribuindo para prevenir falhas semelhantes no futuro e assegurar a qualidade dos cuidados prestados em serviços de emergência.

Assim, focamos o nosso plano de ação em 7 objetivos principais da implementação:

1. **Instituição de liderança clínica formal na SR**

A designação clara de um enfermeiro com função de liderança operacional durante episódios críticos como uma reanimação é fundamental para garantir a coordenação da equipa e a definição de prioridades nos cuidados. A ausência desta figura, o team leader, favorece a fragmentação das decisões, a sobreposição de intervenções e a desorganização funcional. Segundo Välimäki et al. (2024), a presença de uma liderança eficaz em ambientes de urgência associa-se a melhores resultados clínicos, maior segurança da pessoa e um aumento da confiança da equipa no líder escolhido (Välimäki et al., 2024).

A liderança é um fator determinante do sucesso de uma reanimação, influenciando a capacidade de resposta da equipa. A liderança eficaz caracteriza-se por uma comunicação clara e atribuição objetiva de tarefas, na medida que o líder escolhido tem uma Visão global do processo de cuidados, e promove um feedback real e conciso perante as ações tomadas (Santos, 2012).

2. Aplicar um modelo protocolado para melhoria de processos

A utilização de ferramentas estruturadas permite identificar falhas nos fluxos de trabalho, clarificar procedimentos e implementar melhorias contínuas nas dinâmicas profissionais. A uniformização dos cuidados está alinhada com Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), garantindo a prevenção de complicações, o aumento do bem-estar, a adaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (Pereira, 2024; Wang et al., 2025), além de promover maior segurança e previsibilidade na resposta clínica, garantindo cuidados eficazes, seguros e centrados na pessoa. A existência de orientações claras contribui para a qualidade dos cuidados e para a tomada de decisão fundamentada em contextos complexos (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

3. Capacitação em comunicação estruturada (ISBAR) e avaliação sistemática (ABCDE)

A adoção de modelos como o ISBAR, para uma comunicação clínica eficaz, e do algoritmo ABCDE, para a abordagem primária ao doente crítico, é essencial para reduzir o risco de erro e garantir uma resposta coerente, promovendo a continuidade dos cuidados, com registos claros e compreensíveis a todos. A sua aplicação promove uma cultura de segurança e facilita a colaboração entre os diferentes profissionais. Estas ferramentas promovem a qualidade da informação transmitida e potenciam a eficácia da intervenção clínica. A transferência de doentes, o chamado handover, É um momento crítico onde podem ocorrer diversos erros atribuição de informação. A comunicação muitas fissionais é essencial no que toca à segurança da pessoa, assim a padronização deste tipo de situações, quer seja pelo uso do ISBAR ou outra forma de comunicação, garante cuidados centrados na pessoa, eficazes e eficientes, facilitando a transmissão da informação e a continuidade dos cuidados (Chaica et al., 2024).

4. Estruturação da supervisão de estudantes em contexto de urgência

A integração dos estudantes em contextos de elevada complexidade requer a definição clara das suas funções e condições que favoreçam a aprendizagem e a segurança. Assim Zajac et al. (2021) sublinham que a eficácia de uma equipa não decorre unicamente das competências técnicas individuais, como também da sua organização e práticas, incluindo a comunicação, o desenvolvimento da confiança e a adaptabilidade perante a mudança (Zajac et al., 2021). Neste sentido, a inclusão de estudantes deve ser planeada, assegurando momentos em equipa com partilha de informação relevante (Bedwell et al., 2012). A supervisão ativa e alinhada com os princípios da eficácia da equipa torna-se essencial não só para a aprendizagem do estudante, como também para garantir a prática segura da própria equipa em ambientes de elevada pressão (Zajac et al., 2021).

Para adotar este tipo de postura, recomenda-se a implementação de medidas concretas como:

- Designação formal de um tutor clínico (EE em EMC), com responsabilidade de acompanhamento do estudante;
- Inclusão em *briefings* e *debriefings*, com intervenção reflexiva e partilha de observações;
- A definição prévia de tarefas seguras e compatíveis com o seu nível de autonomia, como estudante de mestrado na área de especialização na PSC;
- Instrumentos de avaliação formativa e feedback estruturado.

5. Promoção de uma cultura de segurança

A criação de um ambiente institucional, que valorize a transparência, é essencial para promover a notificação de erros e de quase-incidentes (near miss), visto que a existência de uma cultura justa é determinante para garantir a segurança da pessoa e o bem-estar dos profissionais (OMS, 2021). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD), da Direção-Geral da Saúde (DGS), alinhado com o plano de ação global da OMS, define 5 eixos estratégicos – entre os quais a liderança e governação, a cultura de segurança e a comunicação eficaz – com metas claras e indicadores de monitorização até 2026 (Direção-Geral da Saúde, 2021).

No que respeita à comunicação, o PNSD reforça a implementação de estratégias de comunicação padronizada para prevenir erros e melhorar a transmissão de informação clínica. A nível da liderança e governação, deve ser promovida a articulação entre estruturas nacionais, regionais e locais, com comissões de qualidade e segurança (CQS), e o envolvimento institucional. Estas medidas promovem uma cultura de segurança e responsável a todos os níveis e assegura uma base firme para as ações de melhoria contínua (Direção-Geral da Saúde, 2021; Direção-Geral da Saúde, 2022).

6. Valorização da motivação e do bem-estar da equipa de enfermagem

O bem-estar emocional dos profissionais impacta diretamente a segurança e da qualidade dos cuidados prestados, sobretudo em SU, onde o fator emocional é relevante. O artigo de Carbone et al. (2022) afirma que a criação de programas de apoio entre pares (peer support), organizados institucionalmente, demonstram ser eficazes perante a redução do burnout e o aumento da resiliência, promovendo um clima organizacional entre os trabalhadores (Carbone et al., 2022).

- Implementação de programas de apoio entre pares;
- Sistema de suporte mútuo, com impacto positivo na cooperação emocional e na coesão da equipa (Jones, 2023);
- Formação e seleção de líderes empáticos, de forma a identificar sinais de sobrecarga emocional nos colegas e promover ambientes de segurança e motivação (Kohnen et al., 2024);

- Criação de pausas regulamentadas e espaços adequados ao descanso, incentivando práticas de regulação emocional e, consequentemente, minimizar erros e preservar o desempenho da equipa (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2021);
- Reconhecimento do esforço profissional, o que contribui para a motivação intrínseca e para a retenção profissional (Alsadaan et al., 2023). **7. Avaliação contínua da dinâmica de equipa**

O desempenho eficaz das equipas de saúde em contexto de urgência requer uma dinâmica funcional bem estabelecida, assente na comunicação clara, na definição de papéis e na coesão organizacional. A avaliação regular da articulação multidisciplinar e do clima organizacional permite identificar lacunas e implementar melhorias para a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa e da equipa.

Nesse sentido, é recomendável a implementação de debriefings após situações críticas, moderados por elementos em funções de coordenação, de forma a promover uma reflexão conjunta sobre os procedimentos realizados, identificando oportunidades de melhoria e reforçando boas práticas (Zajac et al., 2021). Além disso, a avaliação periódica do clima de equipa, da autoconfiança e da perceção de liderança, como propostos por Edmondson (2018), poderá fornecer dados relevantes sobre o funcionamento interno das equipas e orientar estratégias de desenvolvimento organizacional (Edmondson, 2018).

Adicionalmente, a monitorização de indicadores de desempenho nos cuidados deve ser incluída nas reuniões de melhoria contínua, promovendo uma cultura de responsabilização e transparência (Lee et al., 2022). A formação regular em comunicação eficaz, tomada de decisão partilhada e articulação em equipa multidisciplinar deve ser integrada nos planos de desenvolvimento profissional.

Estas ações possibilitam um acompanhamento estruturado da eficiência da equipa, permitir a identificação precoce para agilidades e implementação de medidas corretivas que garantam a maior segurança para os profissionais e para as pessoas alvo cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu cumprir os objetivos inicialmente definidos, oferecendo uma análise crítica abrangente sobre um episódio clínico realista, vivido em contexto de urgência, que expôs diversas fragilidades na atuação da equipa multidisciplinar. Ao aplicar o Ciclo de Gibbs, foi possível explorar as várias dimensões envolvidas – emocional, técnica, organizacional e formativa – e identificar os fatores que condicionaram o desempenho da equipa e a integração da aluna de enfermagem no episódio em questão.

Relativamente ao primeiro objetivo específico, a situação vivida despertou na aluna um conjunto de emoções intensas e contraditórias, desde o entusiasmo inicial por integrar um contexto clínico real e desafiante, até ao sentimento de frustração exclusão decorrente da sua limitada participação. Esta oscilação emocional refletiu o conflito entre o desejo de contribuir ativamente e a perceção de que o seu papel como estudante não foi valorizado. A consciência clara das suas limitações, associada ausência de orientações explícitas por parte da equipa, reforçou a importância de definir previamente o papel do estudante neste tipo de situações críticas, garantindo não apenas a sua segurança, mas também a valorização do seu percurso formativo.

No que respeita à avaliação dos aspetos positivos e negativos da atuação da equipa, observou-se que, apesar das dificuldades, o contexto clínico revelou-se altamente formativo. A exposição direta a um cenário de urgência, a rápida deterioração do estado clínico da pessoa e as múltiplas intervenções médicas Permitirão desenvolver várias competências como a observação, pensamento crítico e antecipação de riscos e cuidados. No entanto, a ausência de uma liderança formalmente assumida, a falta de articulação entre especialidades e a sobreposição de intervenções sem definição de prioridades demonstraram ser falhas significativas na coordenação e na segurança dos cuidados. Tais limitações não comprometeram apenas a eficácia das intervenções, mas também contribuíram para um ambiente de tensão, ruídos excessivos e atuação desorganizada, o que dificultou a prestação de cuidados humanizados e centrados na pessoa.

A análise crítica dos fatores organizacionais confirmou que a estrutura funcional da SR não assegurou os requisitos básicos para uma atuação coordenada e organizada. A inexistência de uma liderança visível, a não definição de papéis e a comunicação deficiente entre os elementos da equipa revelaram-se elementos centrais na desorganização observada pela enfermeira. Estes fatores demonstram que, em contextos de elevada pressão, a presença de profissionais competentes e capacitados não garante um funcionamento eficaz e eficiente por parte da equipa presente, se não houver uma estrutura clara de liderança, definição de funções e estratégias de comunicação previamente estabelecidas e treinadas.

Assim, o plano de ação delineado no ponto 6. do Ciclo de Gibbs responde à necessidade de propor estratégias de melhoria com aplicabilidade prática em cenários semelhantes. A partir da reflexão desenvolvida, é evidente que a segurança da PSC, a eficácia das equipas multidisciplinares é a qualidade da formação avançada dependem de uma liderança clínica clara, dos protocolos bem definidos, de um ambiente que valorize a cultura de segurança e do reconhecimento da importância do bem-estar emocional dos profissionais. Estas horas críticas requerem ações estruturadas e continuadas, que não se limitem à correção de falhas, mas também que promovam uma melhoria contínua da organização e nomeadamente dos SUG.

Concluindo, a reflexão deste episódio clínico foi uma valiosa ferramenta de aprendizagem individual, além de ter sido uma oportunidade de aperfeiçoar a prática profissional, segundo o raciocínio crítico para avaliação de necessidades, compreendendo a importância da liderança na formação em enfermagem especializada. Ao identificar e compreender os elementos que fragilizam a atuação em contextos de urgência, torna-se possível agir de forma preventiva, planeada e ética. Por fim, esta experiência reforça a importância de formar profissionais com pensamento crítico, capacidade de adaptação e consciência da dinâmica real dos serviços de saúde, estando então preparados para assumir, no futuro, papéis de liderança, sendo também uma referência dentro dos seus próprios serviços, no que toca aos cuidados à PSC.

BIBLIOGRAFIA

Alsadaan, N., Salameh, B., Reshia, F., Alruwaili, R., Alruwaili, M., Ali, S., . . . Jones, L. (2023). Impact of Nurse Leaders Behaviors on Nursing Staff Performance: A Systematic Review of Literature.

INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 60, 1-14. https://doi.org/10.1177/00469580231178528

Alves, E., Dessunti, E., & Oliveira, M. (2013). O Pensamento Reflexivo na Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería, 3*(3), 47-53. Obtido de https://repositorio.usp.br/directbitstream/2a77f101-409b-443c-9af4db2be48770f0/OLIVEIRA,%20M%20A%20de%20C%20doc%2012...

Andrigue, K., Trindade, L., Amestoy, S., & Beck, C. (2016). Estilos de liderança situacional adotados pelos enfermeiros na área hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 18*(e1191), 9. https://doi.org/10.5216/ree.v18.40551

Bedwell, W., Ramsay, P., & Salas, E. (2012). Helping fluid teams work: A research agenda for effective team adaptation in healthcare. *Translational behavioral medicine, 2*(4), 504-9. https://doi.org/10.1007/s13142-012-0177-9

Benito, G., Trsitão, K., Paula, A., Santos, M., Ataide, L., & Lima, R. (2012). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Rev. Bras. Enferm., 65*(1), 172-8. https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100025

Carbone, R., Ferrari, S., Callegarin, S., Casotti, F., Turina, L., Artioli, G., & Bonacaro, A. (2022). Peer support between healthcare workers in hospital and out-of-hospital settings: a scoping review. *Acta biomedica: Atenei Parmensis, 93*(5). https://doi.org/10.23750/abm.v93i5.13729

Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024). ISBAR: A Handover Nursing Strategy in Emergency Departments, Scoping Review. *Healthcare, 12*(399). https://doi.org/10.3390/healthcare12030399

Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República, 2.ª série*(187), 96-103. Obtido de https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.* Lisboa: DGS. Obtido de https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf

Edmondson, A. C. (2018). *The Fearless Organization.* JOHN WILEY & SONS INC.

Gibbs, G. (1998). *Learning by doing: a guide to teaching & learning methods.* Oxford Polytechnic, RU: Further Education Unit.

Grivol, D., Bernardes, A., Moura, A., Zanetti, A., & Gabriel, C. (2020). A liderança exemplar na perspectiva de enfermeiros do atendimento pré-hospitalar: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing, 18*(2). https://doi.org/10.17665/1676-4285.20195974

Jones, E. (2023). Peer Support Buddy System to Reduce Nurse Burnout Benchmark. *MSN Capstone Projects*.

http://hdl.handle.net/10950/4216?utm_source=scholarworks.uttyler.edu%2Fnursing_msn%2F252&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages

Kohnen, D., Witte, H., Schaufeli, W., Dello, S., Bruyneel, L., & Sermeus, W. (2024). Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation—a crosssectional study. *Human Resources for Health, 22*(8). https://doi.org/10.1186/s12960-023-00886-6

Lee, S., Hyunjie, L., & Sang, S. (2022). Nurse Managers' Leadership, Patient Safety, and Quality of Care: A Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research, 45*(2), 176-185. https://doi.org/10.1177/01939459221114079

National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2021). Supporting the Health and Professional Well-Being of Nurses. Em E. a. National Academies of Sciences, *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity.* Washington (DC): National Academies Press (US). https://doi.org/10.17226/25982

OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, (...) e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República, Série II*(n.º 135), 19359-70. Obtido em abril de 2025, de https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617

OMS. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030.* Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1 Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos, p. 24. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgarpadroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Pereira, H. I. (2024). *Uniformização dos Cuidados de Enfermagem Pós-Reanimação à Pessoa Vítima de PCR.* Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde, Portalegre. Obtido de https://comum.rcaap.pt/entities/publication/0090283b2279-48e4-8066-3f8a01ac4d37

Santos, N. (2012). *Liderança e Equipa de Reanimação.* Workshop "Um olhar sobre as Urgências", HFF. Obtido de https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstreams/214da2a2-0398-44a9871d-90da6da0f4fd/download

Silva, D., Bernardes, A., Gabriel, C., Rocha, F., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 16*(1), 211-9. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615

Välimäki, M., Hu, S., Hipp, K., Varpula, J., Chen, J., Liu, G., . . . Li, X. (2024). The impact of evidencebased nursing leadership in healthcare settings: a mixed methods systematic review. *BMC Nursing, 23*(452), 16. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02096-4

Wang, A., Luo, Y., Xu, H., & Fang, T. (2025). Application of FOCUS-PDCA cycle in enhancing the standardization of emergency collaboration among thoracic surgery nurses. *Scientific Reports, 15*(18948). https://doi.org/10.1038/s41598-025-04134-w

Zajac, S., Woods, A., Tannenbaum, S., Salas, E., & Holladay, C. (2021). Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance. *Frontiers in Communication, 6*. https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.606445

APÊNDICE VIII – Jornal de Aprendizagem "*Cronicidade em Cuidados Intensivos – Uma abordagem reflexiva*"

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – 2º CICLO

2º ANO/1º SEMESTRE

CRONICIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS

Uma abordagem reflexiva

Mafalda Veloso, nº 118760

Docentes:

Profª Mestre Diana Vareta

Com orientação de:

Enf. P.C.

Monte da Caparica

Ano letivo 2025/2026

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – 2º CICLO

Cronicidade em Cuidados Intensivos

Uma abordagem reflexiva

Trabalho elaborado no âmbito do Estágio I

Mafalda Veloso, nº 118760

Docentes:

Profª Mestre Diana Vareta

Com orientação de:

Enf. P.C.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 5

1. CICLO REFLEXIVO DE GIBBS 6

1.1. Descrição 6

1.2. Sentimentos 7

1.3. Avaliação 9

1.4. Análise 13

1.5. Conclusão 17

1.6. Planeamento da Ação 18

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS 21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 23

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – *American Psychological Association*

CCI – *chronic critical illness*

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPC – *Enterobacteriaceae* produtora de carbapenemase

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

GCS – *Glasgow Coma Scale*

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

NASEM – *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAPA – Programas De Apoio à Prescrição Antibiótica

PCR – Proteína C-Reativa

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PerCI – *persistent critical illness*

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SCCM – *Society of Critical Care Medicine*

SIMV – Ventilação mandatória intermitente sincronizada

SPEACS - *Supporting Patient Communication: Speech Pathology and Nursing Collaboration*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio I do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) a área de especialização da pessoa em situação crítica (PSC), foi proposto o desenvolvimento de uma reflexão crítica estruturada segundo o Ciclo de Gibbs, aplicada a um episódio clínico significativo, vivido ou observado, da prática profissional. Este exercício promove o pensamento reflexivo, consolida aprendizagens clínicas e fortalece competências essenciais à prática avançada. O Ciclo de Gibbs possibilita uma análise organizada das experiências, desde a descrição dos acontecimentos à definição de estratégias de melhoria (Gibbs, 1998), permitindo transformar situações reais em oportunidades de aprendizagem que contribuem para a melhoria contínua da prática profissional.

A situação analisada refere-se ao caso de um senhor e consequente atuação da equipa multidisciplinar numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), presenciado por uma enfermeira generalista com cinco anos de experiência, enquanto aluna do mestrado em EMC. O caso decorre numa UCI de pequena dimensão num hospital de recursos limitados, o que demonstrou fragilidades estruturais e organizacionais. A análise desta experiência permite refletir sobre o impacto da comunicação e da formação na área da PSC e na formação dos enfermeiros especialistas (EE), analisando o caso à luz do Regulamento n.º 429/2018, da Ordem dos Enfermeiros (OE), com foco na qualidade dos cuidados.

Neste sentido, define-se como objetivo geral: refletir, segundo o Ciclo de Gibbs, sobre uma situação complexa vivida em UCI, identificando os fatores que influenciaram a prestação de cuidados à PSC e o desenvolvimento de competências no âmbito do estágio de EMC. E como objetivos específicos:

- Refletir sobre os sentimentos e reações experienciados, reconhecendo o seu impacto no processo de aprendizagem e tomada de decisão;
- Avaliar os aspetos positivos e negativos da intervenção de enfermagem e da dinâmica da equipa multidisciplinar, em articulação com as competências escritas no Regulamento;
- Analisar criticamente os fatores clínicos, comunicacionais e organizacionais que condicionaram a segurança e a continuidade dos cuidados prestados;
- Propor estratégias de melhoria sustentadas na evidência científica, centradas na comunicação terapêutica, na prevenção e controlo de infeção e na humanização dos cuidados em contexto intensivo.

O trabalho inicia-se com a presente Introdução. Segue-se a aplicação do Ciclo de Gibbs, descrevendo as seis fases do mesmo. Por fim, temos as Considerações Finais e as Referências Bibliográficas, de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição. Este texto está redigido conforme o Novo Acordo Ortográfico da língua portuguesa e as orientações institucionais para a elaboração de trabalhos académicos.

1. CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

Graham Gibbs publicou, em 1998, a obra "*Learning by doing: a guide to teaching & learning methods"*, na qual apresenta um modelo de reflexão estruturada, sendo esta dividida em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano da ação. Este modelo, amplamente adotado na área da saúde, direciona a análise de forma a sistematizar as experiências, promovendo uma escrita clara e coerente, focada nos elementos essenciais de cada situação (Gibbs, 1998). O processo reflexivo possibilita a compreensão dos pensamentos e sentimentos envolvidos, a avaliação crítica do sucedido, a identificação de aprendizagens relevantes e a definição de estratégias que melhorem a atuação em situações futuras (Alves et al., 2013; Gibbs, 1998).

1.1. Descrição

Nesta fase inicial do ciclo reflexivo de Gibbs, procede-se à descrição objetiva da situação vivida, limitando-se à apresentação factual dos acontecimentos, sem interpretações pessoais ou juízos de valor. O objetivo é construir um retrato claro e compreensível do contexto, de forma a permitir uma reflexão posterior mais aprofundada. A descrição deve responder, de forma direta, à questão: "O que aconteceu?" (Gibbs, 1998), organizando a informação de modo cronológico e coerente.

Importa referir que o caso apresentado é fictício e apenas inspirado na realidade clínica observada. Foi construído com base numa situação assistida por uma enfermeira generalista, no papel de aluna de mestrado na EMC na área da PSC durante o estágio na UCI de um Hospital militar.

O caso em análise diz respeito a um homem de aproximadamente 50 anos, o senhor T, previamente saudável, vítima de um acidente de viação, embate de carro com mota que dirigia, que resultou em fratura cervical ao nível de C4-C4-C5 e consequente tetraplegia completa. Após estabilização inicial e intervenção cirúrgica noutro hospital, o senhor foi admitido na UCI em questão, com apenas 5 camas, onde permanece internado há sensivelmente 4 meses, devido a ainda requerer cuidados médicos imediatos e críticos, com necessidade de suporte ventilatório e terapêutico.

A sua situação clínica atual é complexa e de elevada exigência. O senhor encontra-se traqueostomizado, articulando palavras e frases sem emissão sonora, comunicando essencialmente através da leitura labial, expressões faciais e pequenos movimentos da cabeça. O estado de consciência oscila entre períodos de plena vigilância, com *Glasgow Coma Scale* (GCS) de 15, e

episódios de maior confusão, em que se observa GCS 14, acompanhado de discurso desorganizado e desconexo. Do ponto de vista respiratório, apresenta fases de maior estabilidade, em que tolera a cânula ocluída, sem suporte suplementar de oxigénio, e fases de instabilidade e deterioração, com necessidade de oxigenoterapia com filtro humidificador ou mesmo conexão ao ventilador em modo "Ventilação mandatória intermitente sincronizada" (SIMV), por períodos curtos de maior esforço. Mantém necessidade frequente de aspiração de secreções e do recurso ao *cough assist*.

Hemodinamicamente, apresenta-se tendencialmente hipotenso, embora normocárdico. Mantém a necessidade de reavaliações analíticas contínuas e por vezes de reposição volémica através de fluidoterapia.

É alimentado por gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) e possui colostomia definitiva no flanco esquerdo. A integridade cutânea encontra-se comprometida, com a presença de diversas feridas, sendo as que requerem mais atenção uma úlcera sagrada e uma úlcera trocantérica esquerda, ambas de grau IV e ambas em tratamento com penso de pressão negativa, bem como lesões por pressão em ambas as regiões escapulares, com a necessidade de avaliação por parte da especialidade da cirurgia plástica. Este senhor encontra-se em isolamento devido a colonização das secreções brônquicas, por *Enterobacteriaceae* produtora de carbapenemase (EPC), neste caso, por *Klebsiella Pneumoniae* multirresistente, apresentando um quadro de infeção respiratória, com Proteína Creativa (PCR) de, aproximadamente, 180mg/L, sobre antibioterapia dirigida.

Apesar das múltiplas limitações, iniciou reabilitação e treino de posicionamento em cadeira de rodas adaptada, com acompanhamento da equipa de fisioterapia e terapia ocupacional, numa tentativa de progressão no seu plano de reabilitação. No entanto, a permanência prolongada em UCI, num hospital com recursos limitados e com serviços de apoio (imagem, fisioterapia, nutrição, farmácia e outros) apenas disponíveis em horários reduzidos, condiciona a gestão dos cuidados e coloca desafios adicionais à equipa multidisciplinar.

A esposa e o irmão, presentes diariamente, demonstram um forte envolvimento no processo de cuidados, mas com dificuldades em aceitar a gravidade e a cronicidade da situação clínica do senhor T, mantendo expectativas pouco realistas quanto à recuperação e reabilitação do mesmo. Frequentemente confrontam a equipa com comparações entre dias de maior ou menor vigilância e comunicação, o que origina momentos de tensão e exige das profissionais competências acrescidas de comunicação terapêutica e de gestão emocional.

1.2. Sentimentos

Na segunda fase do Ciclo de Gibbs, procura-se identificar e descrever os sentimentos e as reações vividas ao longo da situação clínica apresentada. Esta etapa centra-se numa expressão objetiva das emoções experienciadas, sem que se proceda ainda a qualquer análise crítica ou interpretação. Corresponde assim à resposta à questão : "Quais foram as minhas reações /sentimentos?" (Gibbs, 1998).

No decorrer da situação clínica descrita, a Enfermeira D, enquanto aluna de mestrado, experienciou sentimentos diversos e contrastantes. Desde o início, ao contactar com a realidade do senhor T, internado há vários meses na UCI e dependente de múltiplos tipos de suporte e apoio, sentiu-se simultaneamente motivada e apreensiva. Por um lado, reconheceu o potencial formativo da experiência, mas por outro, percecionou a responsabilidade acrescida de prestar cuidados a uma pessoa que está numa situação tão complexa, o que lhe gerou impacto e apreensão inicial.

Ao longo do estágio, a Enfermeira D pôde envolver-se em diversos procedimentos técnicos em que tinha menos experiência, como aspiração de secreções com auxílio do *cough assist*, o manuseamento dos vários tipos de cânula de traqueostomia, os cuidados a feridas complexas com pensos de pressão negativa e o posicionamento do senhor T em cadeira de rodas adaptada. Apesar de já ter realizado algumas destas intervenções noutros contextos, a especificidade deste caso despertou sentimentos de ansiedade e entusiasmo. A insegurança natural de quem ainda consolidava estas experiências levou-a a procurar apoio e explicação detalhada por parte do orientador, o enfermeiro P. Contudo, a oportunidade de executar os cuidados com supervisão direta, mas com autonomia progressivamente maior, transmitiu-lhe satisfação e reforçou a sua autoconfiança. Estes momentos exigiram concentração e rigor, dadas as potenciais intercorrências, mas permitiram à Enfermeira D sentir que estava a evoluir e a adquirir competências específicas no contexto de UCI e da área da PSC. O facto de necessitar de orientação foi percecionado como parte integrante do processo pedagógico, transformando a insegurança inicial em satisfação e orgulho pela superação.

Ainda assim, emergiu um sentimento de vulnerabilidade perante a oscilação do estado clínico do senhor T, que alternava entre períodos de estabilidade e episódios de deterioração, acompanhados de confusão e maior necessidade de suporte. Essa instabilidade despertava, na Enfermeira D, um misto de impotência e respeito pela resiliência da pessoa, reforçando a perceção da importância da supervisão próxima do orientador.

A relação com a família, sobretudo com a esposa e o irmão, constituiu outro aspeto emocionalmente exigente. A resistência em aceitar a gravidade e a cronicidade da situação clínica

gerava momentos de tensão e despertava, na Enfermeira D, sentimentos ambivalentes. Por um lado, empatia pela dor e dificuldade da família em lidar com a realidade; por outro, frustração pela forma como essas expectativas irrealistas interferiam na comunicação com a equipa e na definição de planos de cuidados realistas. Houve situações em que a Enfermeira D se sentiu desconfortável perante confrontos verbais entre a equipa e a família sobre a evolução clínica do senhor T, o que aumentou a sua insegurança enquanto aluna.

Globalmente, a experiência na UCI suscitou sentimentos de motivação, responsabilidade e superação, mas também de apreensão perante a novidade técnica, de vulnerabilidade face à instabilidade clínica do senhor T e de inquietação perante as dificuldades de comunicação com a família. Apesar dessas emoções contrastantes, a Enfermeira D reconheceu o valor formativo da vivência, o que lhe permitiu refletir sobre a importância da supervisão, da prática reflexiva e da progressão gradual para a autonomia em contextos de elevada complexidade.

1.3. Avaliação

Na terceira fase do Ciclo de Gibbs procede-se à avaliação da experiência, com o objetivo de identificar os aspetos positivos e negativos que marcaram o episódio em análise. Esta etapa possibilita avaliar os efeitos das intervenções realizadas, ou da ausência das mesmas, e compreender o impacto global da situação, procurando identificar os aspetos positivos e negativos observados ao longo do episódio. Corresponde, assim, à resposta à questão: "O que foi bom e o que foi menos bom na experiência?" (Gibbs, 1998).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, que define o perfil de competências específicas do EE em EMC na área da enfermagem à PSC, é esperado que o profissional desenvolva reflexão crítica sobre a sua prática, avaliando a adequação das intervenções realizadas e a eficácia da comunicação estabelecida com a pessoa e a equipa multidisciplinar. Para a análise da situação atual, foram selecionadas as competências mais pertinentes ao contexto clínico e formativo vivido, entre elas:

"*1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.*

1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade;

1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;

1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica;

1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma

1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.

1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos;

1.2.2 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações;

1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados;

1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

1.3.1 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar;

1.3.2 — Demonstra conhecimentos sobre bem -estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

1.3.3 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor;

1.3.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor;

1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

1.4.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;

1.4.2 — Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com "barreiras à comunicação";

1.4.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

1.5.1 — Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação;

1.5.2 — Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica;

1.5.3 — Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica;

1.5.4 — Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

1.6.1 — Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;

3.1 — Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. 3.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção;

3.1.2 — Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção;

3.1.3 — Estabelece as estratégias pró -ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço; 3.1.4 — Atualiza o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos do Serviço com base na evidência.

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

3.2.1 — Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos; 3.2.2 — Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na

prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica; 3.2.3 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos;

3.2.4 — Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas."

(OE, 2018, pp. 19363-4)

A experiência vivida junto do senhor T revelou-se particularmente enriquecedora, na medida em que permitiu à Enfermeira D integrar-se de forma efetiva na prestação de cuidados intensivos e desenvolver competências técnicas e relacionais próprias do contexto em si, mas também algumas limitações inerentes ao processo de aprendizagem em contextos de elevada complexidade.

Entre os aspetos positivos, destaca-se o envolvimento ativo da Enfermeira D na vigilância clínica do senhor T, sendo este uma pessoa internada há várias vezes na UCI com múltiplas dependências e patologias associadas. A Enfermeira D demonstrou capacidade de reconhecer precocemente alterações do estado clínico, como episódios de confusão e instabilidade hemodinâmica, aplicando as competências de identificação e resposta antecipatória a focos de instabilidade (1.1.1; 1.1.2). A manutenção da vigilância contínua e da monitorização sistemática reforçou a compreensão sobre a importância do rigor nos cuidados e da antecipação de potenciais falências orgânicas, em consonância com a prática esperada em contexto de cuidados intensivos.

A experiência proporcionou um desenvolvimento significativo nas competências técnicas específicas da área da PSC. O contacto regular com procedimentos de maior complexidade, como a aspiração de secreções com recurso ao *cough assist*, o manuseamento de cânulas de traqueostomia, a aplicação de pensos de pressão negativa e o posicionamento do senhor T em cadeira adaptada, favoreceu a consolidação de conhecimentos técnicos e o aumento da autoconfiança profissional. O acompanhamento próximo pelo enfermeiro P contribuiu para uma aprendizagem progressiva, assegurando a execução segura das intervenções e promovendo uma evolução gradual na autonomia da prática.

No domínio da gestão do bem-estar físico e emocional da pessoa, a Enfermeira D mostrou capacidade de reconhecer sinais de desconforto, ansiedade e fadiga, adequando a sua intervenção às necessidades fisiológicas e emocionais do senhor T (1.3.1; 1.3.2). Esta atenção à dimensão humana dos cuidados revelou-se particularmente relevante num contexto em que a comunicação verbal era limitada. O investimento em estratégias de comunicação não verbal – leitura labial, gestos, etc. – demonstrou empenho em garantir uma relação terapêutica centrada na pessoa conforme preconizado nas competências 1.4 e 1.5.

A relação com a família do senhor T constituiu, simultaneamente, um desafio e uma oportunidade de crescimento. A resistência da esposa em aceitar a gravidade e a cronicidade da situação clínica exigiu da Enfermeira D uma postura empática, tolerante e emocionalmente regulada. Apesar do desconforto gerado por momentos de tensão e confronto, esta interação permitiu desenvolver competências associadas ao apoio emocional e à gestão de expectativas familiares (1.6.1), favorecendo uma comunicação mais assertiva e compassiva. Esta experiência refletiu a importância da escuta ativa, da adaptação da linguagem técnica e da validação emocional como instrumentos terapêuticos fundamentais.

No campo da prevenção e controlo de infeção, a experiência revelou-se igualmente enriquecedora. O internamento prolongado do senhor T, também associado à colonização por EPC, exigiu a aplicação rigorosa de medidas de isolamento por contacto e gotículas, bem como a gestão adequada de equipamentos e materiais clínicos. A Enfermeira D participou ativamente na implementação e monitorização destas medidas, reforçando o seu conhecimento sobre os circuitos de prevenção, higienização e rastreio, em conformidade com as competências 3.1 e 3.2, tendo em conta também as limitações do serviço. Esta prática permitiu compreender, de forma concreta, o impacto das políticas nacionais de controlo de infeção – nomeadamente o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) – e a relevância da adesão às estratégias institucionais para reduzir o risco de infeções associada aos cuidados de saúde (IACS) (DGS, 2017).

Entre os aspetos menos favoráveis, destaca-se o sentimento inicial de insegurança face à complexidade técnica do ambiente da UCI e à necessidade de supervisão constante. A enfermeira reconheceu, contudo, que este acompanhamento não representou nenhum tipo de limitação, mas sim uma etapa necessária à consolidação da prática especializada, promovendo segurança e confiança. Outro elemento desafiador foi a oscilação do estado clínico do senhor T, que alternava entre períodos de maior estabilidade e de deterioração clínica, despertando sentimentos de impotência e vulnerabilidade. Esta vivência reforçou a importância da estabilidade emocional e da capacidade de autorregulação em contextos de alta exigência.

Adicionalmente, as interações com a família, embora formativas, revelaram-se emocionalmente exigentes. A resistência em aceitar a condição crónica do senhor T e a tendência para a projeção da frustração na equipa de enfermagem criaram momentos de tensão que testaram a capacidade de comunicação terapêutica e de empatia. Apesar disso, a Enfermeira D conseguiu reconhecer o valor pedagógico e humano desses desafios, desenvolvendo uma maior consciência sobre a importância de estratégias de comunicação adaptadas a diferentes perfis de famílias.

Em suma, esta experiência permitiu consolidar um conjunto de competências clínicas, técnicas e relacionais essenciais à prática do EE em EMC na área da PSC. Foram evidenciados aspetos francamente positivos, nomeadamente a capacidade de observação clínica rigorosa, o desenvolvimento de comunicação terapêutica e a adesão a práticas seguras e de controlo de infeção. Em contrapartida, os sentimentos de vulnerabilidade e a necessidade de supervisão contínua refletiram as fragilidades naturais do processo de aprendizagem, traduzindo, no entanto, um percurso de amadurecimento profissional. Assim, esta fase de avaliação demonstra que o estágio clínico constituiu um espaço de desenvolvimento crítico e reflexivo, que promoveu não só o crescimento técnico, mas também humano e ético, indispensável à consolidação da identidade profissional como futura enfermeira especialista na área da PSC.

1.4. Análise

Nesta fase, o objetivo é atribuir significado à experiência vivida, articulando os acontecimentos, os sentimentos e o conhecimento científico disponível, o que permite uma compreensão profunda dos fatores que contribuíram para os aspetos negativos e positivos já identificados. A questão orientadora é: "Que sentido podemos identificar na situação?" (Gibbs, 1998).

A trajetória clínica do senhor T, com um internamento prolongado em UCI, necessidade de traqueostomia com comunicação não sonora, dependência tecnológica intermitente, feridas complexas e múltiplas colonizações por microrganismos, enquadra-se no que a literatura descreve como "*chronic critical illness"* ou "*persistent critical illness*" (PerCI). Estes termos referem-se a pessoas com necessidade de permanência em UCI por longos períodos, frequentemente associados a dependência de ventilação mecânica invasiva (VMI) ou outros suportes tecnológicos, apresentando elevada morbilidade, prognósticos reservados e necessidades complexas de cuidados (Kahn et al., 2015; Nelson et al., 2010; Ohbe et al., 2024).

O termo "*chronic critical illness"* (CCI) designa um estado clínico em que a pessoa, embora tenha ultrapassado a fase aguda da doença crítica, permanece presa a um ciclo de disfunções orgânicas e imunológicas persistentes, com elevada fragilidade funcional e uma dependência alargada de suportes respiratórios, nutricionais e metabólicos (Parfenov et al., 2022). Em revisões recentes, observa-se que a proporção de pessoas em UCI que evoluem para casos de CCI varia significativamente conforme os critérios aplicados nos estudos – p.e.: na *scoping review* de Ohbe et al. (2024), a prevalência estimada de pacientes críticos foi de 11% quando se aplicava uma definição

padrão, podendo atingir valores superiores em subgrupos específicos, como em casos de sépsis ou trauma (Ohbe et al., 2024).

Do ponto de vista prognóstico, o panorama é exigente: pessoas em situações de CCI apresentam uma elevada mortalidade e limitações funcionais significativas. A meta-análise de Ohbe et. al (2024), que incluiu 32 estudos, estimou uma mortalidade hospitalar média de 27% e uma mortalidade/ano próxima dos 45%, com diferenças regionais relevantes. Além disso, apenas cerca de um quarto das pessoas teve alta para o domicílio, permanecendo a maioria dependente de reabilitação ou de cuidados continuados. Estes resultados traduzem não só a gravidade clínica, mas também a perda funcional e de qualidade de vida associadas à condição prolongada de criticidade (Ohbe et al., 2024). Estudos observacionais apontam ainda que muitos sobreviventes mantêm sequelas físicas graves, fraqueza muscular adquirida na UCI, défices cognitivos e capacidade funcional significativamente reduzida (Voiriot et al., 2022). Esta transição da fase aguda para um estado prolongado de criticidade impõe que os planos de cuidados valorizem não apenas a sobrevivência, mas também a reabilitação, a comunicação com a pessoa e a família e a sustentabilidade de recursos clínicos e humanos.

Apesar da ausência de consenso, vários estudos destacam que estes internamentos prolongados em UCI representam uma proporção crescente dos cuidados intensivos, com prevalências reportadas entre 5 e 15%, associados a custos elevados e prognósticos muito reservados (Nelson et al., 2010; Ohbe et al., 2024). A literatura sublinha, por isso, a importância de alinhar precocemente as expectativas terapêuticas, envolvendo a família e as equipas multidisciplinares, de forma a evitar o prolongamento de cuidados sem objetivos clínicos claros (Kahn et al., 2015).

No domínio da comunicação, a resistência da esposa em aceitar a cronicidade da situação do senhor T exemplifica dificuldades descritas em vários estudos sobre a relação entre a família e a equipa em UCI. A *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) recomenda práticas estruturadas e atualizadas de *family-centered care*, salientando a importância de cuidados centrados não apenas na pessoa, mas também na sua família, reconhecendo que o envolvimento e suporte familiar influenciam diretamente os resultados clínicos e a experiência global em UCI (Davidson et al., 2017). Mais recentemente, a terceira atualização das orientações, publicada em 2025, reforça que o cuidado centrado na pessoa e na família é essencial para a excelência clínica, sublinhando que o apoio familiar impacta tanto o prognóstico da pessoa como os efeitos duradouros nos próprios familiares. Estas recomendações assumem maior relevância no contexto pós pandemia COVID-19, em que se verificaram consequências negativas da restrição da presença familiar e níveis elevados de *burnout* das equipas, reforçando a necessidade de implementar práticas robustas de envolvimento familiar nas diferentes unidades (Hwang et al., 2025). Este alinhamento das *guidelines* foi essencial para a

qualidade global dos cuidados intensivos e para a satisfação tanto das famílias como das próprias pessoas (Curtis & White, 2008)

A comunicação da pessoa internada em UCI exige uma atenção especializada por parte das equipas de enfermagem. No caso do senhor T, embora articule movimentos labiais, não consegue emitir sons, o que constitui uma barreira comum em pessoas traqueostomizadas. A evidência demonstra que a *speaking valve* (válvula unidirecional para traqueostomias) pode restabelecer a fonação, melhorar a deglutição, reduzir o risco de aspiração e aumentar o conforto, se considerada segura após avaliação individualizada (Grossbach et al., 2011; Zhang et al., 2025). Paralelamente, a utilização de estratégias alternativas, como a leitura labial, quadros ilustrativos ou gestos, favorece a expressão de necessidades básicas e a participação ativa nas decisões de cuidados. Em Portugal, uma *umbrella review* recente, de 2022, sistematizou as intervenções de enfermagem para promover a comunicação em pessoas ventiladas em UCI, destacando precisamente a importância de recursos multimodais e dispositivos de apoio à voz para humanizar os cuidados (Sias et al., 2022). Estas evidências reforçam a importância de uma abordagem multidisciplinar e ajustada às necessidades individuais, onde a escolha da estratégia de comunicação deve considerar as características cognitivas, emocionais e motoras da pessoa, de modo a garantir uma comunicação eficaz e humanizada em contexto intensivo (Gomes et al., 2016).

A gestão da infeção multirresistente constituiu outro aspeto central da experiência. O internamento do senhor T culminou em isolamento por contacto e gotículas devido à presença de EPC nas secreções brônquicas, ilustrando o desafio crescente que estas bactérias representam em Portugal e a nível global. Desde a criação do PPCIRA, em 2013, e da publicação da sua versão 8 em 2017, reforçou -se a necessidade de protocolos claros, circuitos bem definidos e monitorização constante e sistemática no contexto hospitalar português (DGS, 2017). Estes documentos oficiais sublinham que o cumprimento rigoroso de precauções básicas e adicionais de isolamento constitui um pilar da segurança da pessoa e da equipa, devendo ser assegurada a formação contínua dos profissionais.

Vários relatórios nacionais como o Relatório Anual do Programa Prioritário de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (DGS, 2018), e investigações mais recentes (Nogueira, 2022), confirmam que a disseminação de EPC continua a ser um problema real nos hospitais portugueses. Neste contexto, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, da DGS, assume especial relevância. Em particular, o Objetivo Estratégico 5.3 do PNSD prevê medidas concretas para "*reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos*", incluindo a promoção da adesão à estratégia multimodal proposta pelo PPCIRA, a implementação de vigilância epidemiológica, a operacionalização de *bundles* de prevenção de IACS e o fortalecimento

de programas de apoio à prescrição antibiótica (PAPA) nas instituições de saúde (DGS, 2021, p. 103). Estes dispositivos reforçam não só o enquadramento institucional, como também conferem legitimidade às medidas de controlo aplicadas no caso do senhor T, sublinhado que a prática clínica deve estar em sintonia com políticas nacionais de segurança do doente.

A nível global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem reforçado, através do *Global Action Plan on Antimicrobial Resistance* (OMS, 2015) e do *Global Report on Infection Prevention and Control* (OMS, 2022), que a resistência antimicrobiana é uma das maiores ameaças à saúde pública do século XXI. Estes documentos recomendam estratégias transversais, incluindo a vigilância epidemiológica integrada, a implementação de programas de *antimicrobial stewardship*, o reforço de medidas de higiene hospitalar e o investimento contínuo na educação dos profissionais. Confrontando estes princípios internacionais com a realidade portuguesa, constata-se que o PPCIRA está alinhado com as recomendações da OMS, ainda que os relatórios nacionais continuem a alertar para lacunas na adesão uniforme às práticas de prevenção.

No caso do senhor T, esta realidade foi vivida de forma prática e exigente: a necessidade de aplicar medidas de precaução de contacto e gotícula, o uso criterioso de equipamentos de proteção individual (EPI), a restrição de circulação de materiais e a gestão rigorosa da antibioterapia dirigida constituíram expressões concretas daquilo que os documentos normativos sublinham. Ao integrar esta perspetiva, torna-se evidente que o estágio não só proporcionou o contacto direto com uma situação clínica completa, mas possibilitou a compreensão do impacto da resistência antimicrobiana na prática diária de enfermagem e na organização dos cuidados.

No plano formativo, a experiência permitiu reconhecer que a aprendizagem clínica em UCI é progressiva e sustentada pelo *feedback* direto da equipa e do orientador, confiando na validação das práticas. A supervisão próxima configurou-se como um processo pedagógico essencial, garantindo a segurança da pessoa e promovendo a aquisição de competências especializadas. Esta análise articula-se com as competências específicas do EE na área da PSC, definidas no Regulamento n.º 429/2018: identificação e resposta antecipatória à instabilidade clínica (1.1.1; 1.1.2), gestão diferenciada do bem-estar (1.3), comunicação e relação terapêutica em contextos de barreiras significativas (1.4; 1.5; 1.6) e prevenção/controlo da infeção (3.1; 3.2).

Assim, a análise desta experiência evidencia que os sentimentos de ansiedade inicial, motivação e progressiva autoconfiança não constituíram fenómenos isolados, mas integraram um processo formativo sustentado na evidência científica, enquadrado no contexto nacional de saúde e alinhado com as competências esperadas do EE na área da PSC.

1.5. Conclusão

A situação experienciada pela Enfermeira D, enquanto estudante, constituiu um momento decisivo no percurso formativo, permitindo consolidar aprendizagens técnicas, relacionais e éticas no contexto de cuidados intensivos, marcando assim um momento de crescimento a nível profissional. O contacto com uma pessoa internada há vários meses em UCI, dependente de múltiplos suportes e com comunicação limitada, permitiu reconhecer a complexidade do cuidar em situações prolongadas de criticidade. Esta realidade evidenciou que a prática em cuidados intensivos exige mais do que a competência técnica, requer também sensibilidade ética, comunicação empática, pensamento crítico e integração de políticas institucionais orientadas para a segurança e a humanização dos cuidados.

Torna-se claro que a segurança clínica e a qualidade dos cuidados resultam da articulação entre o conhecimento científico, a vigilância ativa e a adesão rigorosa a normas de prevenção e controlo de infeções, estando em conformidade com as orientações do PPCIRA e do PNSD 2021-2026. Estes documentos reforçam a importância de práticas baseadas na evidência e da existência de equipas capazes de executar as medidas de prevenção preconizadas (DGS, 2017; DGS, 2021). Esta integração reforça a noção de que o EE deve agir como mediador entre a evidência científica, as normas de segurança e as necessidades reais da pessoa e da família, em consonância com o preconizado. Estas estratégias alinham-se com o *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* da OMS, que defende o fortalecimento da cultura de segurança, da comunicação eficaz entre equipas e da participação ativa da pessoa e da família com pilares de um sistema de saúde seguro e resiliente (OMS, 2021).

A vivência junto do senhor T permitiu compreender que a comunicação é um instrumento de cuidado por si só, com impacto direto no bem-estar, na adesão terapêutica e na dignidade da pessoa. A procura de estratégias adaptadas às suas limitações e a constante mediação com a família foram momentos chave e promoveram uma reflexão sobre o papel dos EE enquanto facilitadores da relação terapêutica. Assim, esta experiência reforçou a convicção de que comunicar também é cuidar, e que a humanização dos cuidados se concretiza nas pequenas interações quotidianas, onde se traduz o verdadeiro sentido da enfermagem em contexto crítico (Gomes et al., 2016).

Do ponto de vista pessoal e formativo, esta experiência consolidou competências técnicas e relacionais, mas também ampliou a consciência ética e organizacional da prática clínica. O acompanhamento próximo e o *feedback* contínuo da equipa permitiram transformar a ansiedade em autoconfiança fundamentada, reforçando o compromisso com a aprendizagem permanente e com a excelência profissional. Esta evolução vai de acordo com o que a literatura identifica como uma

cultura de segurança positiva, sustentada no trabalho colaborativo, na partilha de informação e na aprendizagem progressiva e organizacional (OMS, 2021; Rosen et al., 2018).

Em síntese, conclui-se que a experiência na UCI foi de desenvolvimento integral, que espelhou a complexidade e a profundidade do cuidar em situação crítica. Revelou-se uma oportunidade de crescimento individual, proporcionando um contributo concreto para a compreensão da importância da comunicação, da segurança e da ética no exercício profissional. Este percurso reforçou a necessidade de uma prática reflexiva, centrada na pessoa, e sustentava pela evidência científica alinhada com as competências do EE (OE, 2018), nomeadamente na gestão diferenciada dos cuidados à PSC, na comunicação terapêutica e na prevenção de infeção.

1.6. Planeamento da Ação

A última fase do ciclo de Gibbs visa delinear estratégias concretas e realistas que permitam melhorar a resposta em situações futuras semelhantes à analisada. Esta etapa centra-se na aprendizagem obtida com a experiência, identificando mudanças necessárias à prática profissional e estratégias de melhoria contínua que promovam a segurança, a humanização e a qualidade dos cuidados. Corresponde às questões orientadoras: "O que podemos fazer de diferente numa situação semelhante? O que podemos fazer com o que aprendemos?" (Gibbs, 1998).

A análise desenvolvida no caso do senhor T – marcado por um internamento prolongado em UCI, com dependência tecnológica intermitente, com colonização por microrganismos multirresistentes e com comunicação e interação familiar complexas – evidenciou múltiplas áreas de aprendizagem e oportunidades de melhoria. Assim, este plano de ação estrutura-se em quatro dimensões fundamentais: (i) o aperfeiçoamento da comunicação terapêutica e humanização dos cuidados; (ii) a prevenção e controlo da infeção; (iii) supervisão e desenvolvimento profissional contínuo; (iv) promoção da cultura de segurança e bem-estar profissional.

I. Comunicação terapêutica e da continuidade de cuidados

Neste domínio, e compreendendo que a comunicação eficaz com a PSC e com a sua família é uma competência essencial do EE (OE, 2018), a experiência destacou a importância de desenvolver competências avançadas para comunicar eficazmente com pessoas traqueostomizadas, que enfrentam barreiras significativas à expressão oral. A evidência científica demonstra que o uso de recursos multimodais de comunicação – como quadros ilustrativos, leitura labial, escrita, gestos ou dispositivos de apoio à fala – melhora substancialmente a expressão de necessidades «e reduz os níveis de ansiedade (Gomes et al., 2016; Sias et al., 2022; ten Hoorn et al., 2016). Programas como o

Supporting Patient Communication: Speech Pathology and Nursing Collaboration (SPEACS-2) demonstram que a comunicação deve ser abordada de forma multidisciplinar, envolvendo as equipas de enfermagem, de terapia da fala e médica, assegurando uma avaliação sistemática e a adaptação contínua das estratégias às necessidades da pessoa (Happ et al., 2010). Este programa introduziu as "*Interdisciplinary Communication Rounds*", que promovem o uso de estratégias de comunicação e a partilha de experiências, onde são aplicadas técnicas adaptadas às limitações da pessoa, como a utilização de quadros de comunicação, a escrita de palavras-chave e sinais de confirmação de "sim/não". Isto incentiva a colaboração entre a equipa, o que reforça a abordagem centrada na pessoa/família e favorece a continuidade e a humanização dos cuidados (Happ et al., 2010).

Além da comunicação com a pessoa, é essencial investir em práticas estruturadas de envolvimento familiar, promovendo a partilha transparente de informação e a definição conjunta de objetivos do plano de cuidados. As orientações da SCCM sublinham que os cuidados centrados na pessoa e na família influenciam diretamente os resultados clínicos e a satisfação global dos cuidados em UCI (Davidson et al., 2017; Hwang et al., 2025). Assim, no futuro, é importante formalizar momentos de comunicação programada com familiares, p.e.: em casos de cronicidade prolongada, de forma a alinhar as expectativas e mitigar o sofrimento emocional da pessoa e da própria família.

II. Prevenção e controlo de infeção

Esta experiência evidenciou o impacto dos microrganismos multirresistentes, em particular das EPC, exigindo uma atuação rigorosa e contínua. O PPCIRA estabelece normas nacionais que orientam as práticas seguras, e cuja aplicação deve ser sistematicamente monitorizada por auditorias internas e através de momentos de *feedback* em equipa. Normalmente, dentro de cada equipa de cada serviço, existe um elemento que responde diretamente ao gabinete do PPCIRA, avaliando o cumprimento das normas e analisando a possibilidade de instituir novos protocolos (DGS, 2017).

A nível global, tanto o *Global Report on Infection Prevention and Control* como o *European Center for Disease Prevention and Control* reforçam que a prevenção eficaz das IACS depende da adesão consistente às precauções básicas e adicionais, assim como do investimento na vigilância epidemiológica ativa e do envolvimento multidisciplinar (ECDC, 2023; ECDC, 2025; OMS, 2022). Estudos recentes, de 2023 e 2024, sublinham que a implementação de estratégias multimodais de prevenção e controlo de infeção, juntamente com medidas educativas, auditorias regulares e uma gestão da antibioterapia pela equipa médica, reduz significativamente a incidência de transmissão cruzada e infeções por microrganismos multirresistentes (Jii & Ye, 2024; Oliva et al., 2023).

Neste contexto, o PNSD define o objetivo estratégico 5.3, que se foca na redução das IACS e da resistência antimicrobiana, promovendo a adesão às estratégias do PPCIRA e a implementação

dos *bundles* de prevenção. Estas políticas devem ser integradas numa cultura institucional e operacionalizadas diariamente de acordo com os casos do quotidiano, com o envolvimento direto das equipas de enfermagem na monitorização e avaliação dos resultados (DGS, 2021).

III. Supervisão e desenvolvimento profissional contínuo

A aprendizagem em ambientes de cuidados intensivos exige um acompanhamento próximo, com uma reflexão estruturada e validação contínua das práticas. O papel do orientador clínico é determinante para garantir a segurança da pessoa e o crescimento profissional do estudante, enquanto é promovido o desenvolvimento do pensamento crítico e da autonomia do mesmo. A literatura confirma que a prática em contexto clínico e os debriefings estruturadas potenciam a consolidação de competências técnicas e relacionais, promovendo uma maior segurança nos cuidados e o aumento do desempenho (Cant & Cooper, 2017; Dreifuerst, 2015; Zajac et al., 2021).

Assim, as equipas devem integrar momentos de reflexão, principalmente após momentos críticos, para identificar as dificuldades vividas e oportunidades de melhoria. Paralelamente, recomenda-se que os estudantes sejam incluídos de forma ativa nos *briefings* e *debriefings* em equipa, fazendo também este exercício com o orientador, reforçando o seu papel participativo na equipa, promovendo a aprendizagem e consolidando uma prática crítica, confiante e segura.

IV. Promoção da Cultura de Segurança e Bem-Estar Profissional

Reconhece-se que o ambiente emocional e organizacional das UCI influencia diretamente a qualidade e a segurança dos cuidados. O *Global Patient Safety Action Plan* 2021-2030, da OMS, e o PNSD, destacam a importância da liderança empática, da comunicação aberta e da valorização da saúde mental dos profissionais como pilares essenciais da segurança clínica (DGS, 2021; OMS, 2021). O relatório da *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine* (NASEM), de 2019 reforça que o bem-estar dos profissionais é um determinante da segurança da pessoa, sublinhando a necessidade de as políticas institucionais assegurarem condições de trabalho adequadas, pausas regulamentadas e reconhecimento profissional (NASEM, 2019).

Em síntese, este plano de ação reflete um compromisso com a melhoria contínua e com o desenvolvimento de práticas sustentadas na evidência científica. A consolidação de competências comunicacionais, a adesão rigorosa às medidas de prevenção de infeção, a estruturação da supervisão e a promoção da cultura de segurança constituem pilares essenciais para a prestação de cuidados críticos, seguros, humanizados e eficazes. Estas estratégias encontram-se alinhadas com as competências específicas do EE e com as políticas nacionais e internacionais da qualidade e segurança em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu integrar, com sentido crítico, a complexidade do cuidar em contexto de cuidados intensivos, tendo como fio condutor a experiência vivida com o senhor T. O Ciclo de Gibbs foi estruturante para organizar a análise em dimensões complementares, favorecendo a construção do pensamento clínico e capaz de articular evidência, ética e a realidade de uma UCI pequena, com recursos finitos e elevada exigência dos cuidados.

Em primeiro lugar, consolidámos que a prática em cuidados intensivos ultrapassa a execução técnica. A segurança clínica resulta da conjugação de pilares que se reforçam mutuamente: a observação sistemática e a resposta antecipatória à instabilidade; a comunicação clara, empática e adaptada; a gestão rigorosa do risco infecioso; e a coordenação multidisciplinar que assegura a continuidade e a coerência dos cuidados. Reconhece-se que o desempenho técnico, sem mediação relacional e organizacional, é insuficiente para garantir os resultados consistentes, sobretudo em trajetórias clínicas prolongadas com dependência tecnológica intermitente ou permanente.

A experiência trouxe-nos um olhar realista sobre a cronicidade em contexto crítico. O internamento prolongado do senhor T expôs-nos a um curso clínico pouco linear, com dias de maior vigilância e orientação, alternando com episódios de confusão, fadiga e necessidade acrescida de suporte hemodinâmico. Esta incerteza exige um raciocínio clínico rápido e perseverante. Assim, aprendemos a valorizar as pequenas conquistas, p.e.: a tolerância ao posicionamento na cadeira adaptada por maiores períodos de tempo ou a manutenção de oxigenação sem suporte suplementar, mantendo, em simultâneo, a consciência da vulnerabilidade persistente e da necessidade de uma equipa multidisciplinar atenta, paciente e coesa.

No domínio da comunicação, confirmámos a sua centralidade como intervenção terapêutica. A articulação oral sem emissão sonora obrigou-nos a ampliar estratégias e a priorizar abordagens multimodais, integrando a leitura labial, gestos e o apoio familiar nos cuidados quotidianos. Cada troca de informação bem sucedida reduz a ansiedade, valida as necessidades e viabiliza as decisões partilhadas do plano terapêutico. A interação com a família, por vezes tensa, evidenciou a importância de uma comunicação transparente e da regulação emocional, sem perder de vista a dor e a resistência à mudança. Esta vivência reforçou que, em casos de cronicidade, o plano de cuidados deve integrar objetivos subjetivos (conforto, participação, comunicação) com base em metas clínicas realistas.

A prevenção e controlo de infeção constituíram outro eixo estruturante. Num cenário de colonização por microrganismos multirresistentes, compreendemos que as medidas não são se

esgotam em protocolos escritos, mas sim traduzem-se numa cultura de segurança aplicada diariamente, com a higienização constante, o uso criterioso de equipamentos de proteção, circuitos claros, auditorias regulares e a formação contínua. A participação ativa em rotinas de vigilância, higienização e isolamento tornou evidente o papel da enfermagem com um agente-chave na prevenção de IACS, protegendo pessoas, famílias e profissionais.

Do ponto de vista formativo, reconhece-se o papel decisivo da supervisão clínica. A necessidade inicial de orientação não diminui a identidade profissional, mas sim promove o crescimento de autonomia responsável. O acompanhamento próximo, o *feedback* específico e os momentos de reflexão pós-procedimento transformaram a ansiedade em confiança competente. Confirmamos que aprender em UCI é um processo focado na prática deliberada, no estudo orientado e na participação ativa nos *briefings* e *debriefings* entre a equipa.

A leitura transversal do caso evidenciou, também, os limites organizacionais próprios de uma UCI com serviços de apoio em horário reduzido e com recursos limitados, com impacto no ritmo de reabilitação, na disponibilidade de exames, na logística de materiais e na articulação entre equipas. Em resposta, reforçámos a necessidade de planeamento da prática diária, com a priorização explícita de cuidados e a comunicação multidisciplinar regular entre os elementos da equipa, seja ela médica, de reabilitação (fisioterapia e terapia da fala) ou de enfermagem, incluindo também a família no plano de cuidados. Ficou claro que uma organização inteligente e transparente melhora a trajetória clínica e a experiência dos cuidados.

Com o Ciclo de Gibbs, passámos da descrição à ação. O plano final de ação formulado, concreto e direcionado para o tipo de caso em questão, e aprofunda as competências de comunicação com pessoas traqueostomizadas, formalizando momentos de encontro com a família para alinhar as expetativas e avaliando a aplicabilidade de rotinas de prevenção e controlo de infeção com auditorias breves e feedback. Assim, sustentamos uma estratégia que combine a prática supervisionada com a autonomia progressiva, o que traduz compromissos concretos e mensuráveis, orientados para ganhos em saúde, manutenção da segurança e promoção da qualidade e humanização dos cuidados.

Em síntese, este percurso permitiu compreender as várias dimensões do ciclo reflexivo e reconhecer o impacto das emoções, das decisões e das aprendizagens na prática clínica. A reflexão crítica possibilitou avaliar os pontos fortes e as fragilidades, interpretar a experiência à luz da evidência e delinear estratégias de melhoria aplicáveis a contextos futuros. Este processo reforçou as competências clínicas, relacionais e organizacionais, consolidando uma postura profissional mais

segura, crítica e humanizada, assente no rigor técnico, na comunicação terapêutica e na cultura de segurança como bases de cuidados críticos centrados na pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, E., Dessunti, E., & Oliveira, M. (2013). O Pensamento Reflexivo na Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería, 3*(3), 47-53. https://repositorio.usp.br/directbitstream/2a77f101-409b-443c-9af4db2be48770f0/OLIVEIRA,%20M%20A%20de%20C%20doc%2012...

Cant, R., & Cooper, S. (2017). Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Education Today, 49*, 63-71. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.015

Curtis, J., & White, D. (2008). Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences. *Chest, 134*(4). https://doi.org/10.1378/chest.08-0235

Davidson, J., Aslakson, R., Long, A., Puntillo, K., Kross, E., Hart, J., . . . Curtis, J. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical care medicine, 45*(1), 103–128. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169

DGS. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf?form=MG0AV3

DGS. (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário. https://www.arscentro.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf?

DGS. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República, 2.ª série*(187), 96-103. Obtido de https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf

Dreifuerst, K. (2015). Getting Started With Debriefing for Meaningful Learning. *Clinical Simulation In Nursing, 11*(5), 268-275. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.01.005

ECDC. (2023). Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2023 - 2021 data. Obtido de https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Antimicrobial%20resistance%20surveillance%20in%20Europe%202023%20-%202021%20data.pdf

ECDC. (2025). Carbapenem-resistant Enterobacterales, third update. Obtido de https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/risk-assessment-carbapenem-resistant-enterobacterales-third-update-february-2025_0.pdf

Gibbs, G. (1998). *Learning by doing: a guide to teaching & learning methods.* Oxford Polytechnic, RU: Further Education Unit.

Gomes, R., Aoki, M., Santos, R., & Motter, A. (2016). A comunicação do paciente traqueostomizado: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC, 18*(5), 1251-1259. https://doi.org/10.1590/1982-021620161851916

Grossbach, I., Stranberg, S., & Chlan, L. (2011). Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse, 31*(3), 46–60. https://doi.org/10.4037/ccn2010728

Happ, M., Baumann, B., Sawacki, J., Tate, J., George, E., & Barnato, A. (2010). SPEACS-2: Intensive Care Unit "Communication Rounds" with Speech Language Pathology. *Geriatric Nursing, 31*(3), 170-7. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.03.004

Hwang, D., Oczkowski, S., Lewis, K., Birriel, B., Downar, J., Farrier, C., . . . Hopkins, R. (2025). Society of Critical Care Medicine Guidelines on Family-Centered Care for Adult ICUs: 2024. *Critical Care Medicine, 53*(2), e465-e482. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006549

Jii, B., & Ye, W. (2024). Prevention and control of hospital-acquired infections with multidrug-resistant organism: A review. *Medicine, 103*(4). https://doi.org/10.1097/MD.0000000000037018

Kahn, J. M., Le, T., Angus, D. C., Cox, C. E., Hough, C. L., White, D. B., . . . Carson, S. (2015). The Epidemiology of Chronic Critical Illness in the United States. *Critical Care Medicine, 43*(2), 282-7. https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000710

NASEM. (2019). *Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.* Washignton, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

Nelson, J. E., Cox, C. E., Hope, A. A., & Carson, S. S. (2010). Chronic Critical Illness. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 182*(5), 446-54. https://doi.org/10.1164/rccm.201002-0210CI

Nogueira, J. P. (2022). *IACS: Efetividade da Estratégia Nacional de Prevenção e Controlo.* Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina apresentado à Faculdade de Medicina, Universidade de

Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/102533/1/Tese%20MIM%20-%20Jo%c3%a3o%20Gon%c3%a7alves%20Nogueira.pdf

OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, (...) e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República, Série II*(n.º 135), 19359-70. Obtido de https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617

Ohbe, H., Satoh, K., Totoki, T., Tanikawa, A., Shirasaki, K., Kuribayashi, Y., . . . J-STAD Study Group. (2024). Definitions, epidemiology, and outcomes of persistent/chronic critical illness: a scoping review for translation to clinical practice. *Critical Care, 26*(435). https://doi.org/10.1186/s13054-024-05215-4

Oliva, A., Al Ismail, D., Arcari, G., Miele, M., Casali, E., Sacco, F., . . . Venditti, M. (2023). Ceftazidime/avibactam-resistant meropenem-susceptible KPC-producing Klebsiella pneumoniae: Analysis of cases and evaluation of in vitro activity of fosfomycin-containing combinations. *Journal of Global Antimicrobial Resistance, 33*, 321-7. https://doi.org/10.1016/j.jgar.2023.03.012

OMS. (2015). *Global action plan on antimicrobial resistance.* Organização Mundial da Saúde, Genebra. Obtido de https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1a487887-e162-46a0-8aef802907c66070/content

OMS. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030.* Geneva: Organização Mundial da Saúde. Obtido de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705eng.pdf?sequence=1

OMS. (2022). *Global report on infection prevention and control.* Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. Obtido de https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/af40baee-3ab1423d-a3d4-3bca91c888a6/content

Parfenov, A., Razzhivin, V., & Petrova, M. (2022). Chronic Critical Illness: Current Aspects of the Problem (Review). *Sovremennye tekhnologii v meditsine, 14*(3), 70-81. https://doi.org/10.17691/stm2022.14.3.08

Rosen, M., DiazGranados, D., Dietz, A., Benishek, L., Thompson, D., Pronovost, P., & Weaver, S. (2018). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *The American psychologist, 73*(4), 433–450. https://doi.org/10.1037/amp0000298

Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (USI). *Investigação*

Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios, 13, 9. https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721

ten Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A., & Tuinman, P. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care, 20*(333). https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2

Voiriot, G., Oualha, M., Pierre, A., Salmon-Gandonnière, C., Gaudet, A., Jouan, Y., . . . CRT de la SRLF. (2022). Chronic critical illness and post-intensive care syndrome: from pathophysiology to clinical challenges. *Annals of Intensive Care, 12*(58). https://doi.org/10.1186/s13613-02201038-0

Zajac, S., Woods, A., Tennenbaum, S., Salas, E., & Holladay, C. (2021). Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance. *Frontiers in Communication, 6*(606445). https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.606445

Zhang, S.-M., Qian, Y.-q., Muhetaer, Y., Ju, M.-j., & Liu, K. (2025). Application of one-way speaking valves in adult tracheostomy patients: the time should be earlier. *Critical Care, 29*(210). https://doi.org/10.1186/s13054-025-05425-4

APÊNDICE IX – Jornal de Aprendizagem "Resposta à *Paragem Cardiorrespiratória no Pré-Hospitalar - Uma abordagem reflexiva*"

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – 2º CICLO

2º ANO/1º SEMESTRE

RESPOSTA À PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA NO PRÉ-HOSPITALAR

Uma abordagem reflexiva

Mafalda Veloso, nº 118760

Docentes:
Profª Mestre Diana Vareta
Com orientação de:
Enf. J.P.

Monte da Caparica

Ano letivo 2025/2026

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – 2º CICLO

Resposta à Paragem Cardiorrespiratória no Pré-hospitalar

Uma abordagem reflexiva

Trabalho elaborado no âmbito do Estágio I

Mafalda Veloso, nº 118760

Docentes:

Profª Mestre Diana Vareta

Com orientação de:

Enf. J.P.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **5**

1. CICLO REFLEXIVO DE GIBBS **6**

1.1. Descrição 6

1.2. Sentimentos 7

1.3. Avaliação 9

1.4. Análise 12

1.5. Conclusão 16

1.6. Planeamento da Ação 17

CONSIDERAÇÕES FINAIS **24**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **26**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEC – Alteração do Estado de Consciência

AESP – Atividade Elétrica sem pulso

APA – *American Psychological Association*

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

NASEM – *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SCCM – *Society of Critical Care Medicine*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

RCP – Reanimação cardiopulmonar

ROSC – Retorno da Circulação espontânea

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio em contexto pré-hospitalar do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) a área de especialização da pessoa em situação crítica (PSC), foi realizada uma reflexão crítica estruturada segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs, aplicada a uma ocorrência significativa, vivida ou observada. Este exercício promove o pensamento reflexivo, consolida aprendizagens clínicas e fortalece competências essenciais à prática avançada, orientadas para a melhoria contínua.

A situação em análise refere-se a uma paragem cardiorrespiratória (PCR) extra-hospitalar, ocorrida durante um turno em emergência pré-hospitalar, envolvendo a atuação articulada do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), de uma equipa de Suporte Imediato de Vida (SIV) e uma de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). O caso integra elementos relevantes para a PSC no pré-hospitalar, como a imprevisibilidade e limitações do contexto, a presença de terceiros emocionalmente envolvidos e a necessidade de integração eficaz entre equipas diferenciadas, garantindo a continuidade e segurança dos cuidados. Permite ainda refletir sobre os aspetos críticos do prognóstico em PCR extra-hospitalar, como a ativação funcional da cadeia de sobrevivência, o início precoce de SBV e a organização da resposta avançada.

Este trabalho enquadra-se no desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista (EE), na área da PSC, à luz do Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), com foco na resposta à instabilidade, na comunicação e continuidade dos cuidados, articulando-se com princípios de qualidade e segurança em saúde.

Define-se como objetivo geral: Refletir sobre uma ocorrência de PCR extra-hospitalar em contexto pré-hospitalar, identificando fatores clínicos, comunicacionais e organizacionais que influenciaram a resposta à PSC e o desenvolvimento de competências. Como objetivos específicos, pretende-se:

- Identificar e descrever sentimentos vivenciados, reconhecendo o impacto na atuação;
- Avaliar aspetos positivos e menos positivos da intervenção e da dinâmica da equipa;
- Analisar fatores que condicionaram a segurança e a continuidade dos cuidados, incluindo comunicação e coordenação em equipa;
- Propor estratégias de melhoria sustentadas na evidência, centradas na cadeia de sobrevivência, na comunicação, no algoritmo de SAV e cuidados pós-ROSC, e cultura de segurança e bem-estar profissional.

O trabalho inicia-se com a presente introdução, seguindo-se a aplicação do Ciclo de Gibbs às 6 fases. Por fim, temos as considerações finais e as referências bibliográficas, segundo as normas APA (7.ª Edição). O texto está redigido conforme o novo acordo ortográfico de língua portuguesa e as orientações institucionais para trabalhos académicos.

CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

O Ciclo Reflexivo de Gibbs, proposto por Graham Gibbs em 1998 na obra "*Learning by doing: a guide to teaching & learning methods"*, constitui um modelo de reflexão estruturada amplamente utilizado na área da saúde. Este modelo organiza o processo reflexivo em seis etapas – descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação – permitindo uma análise sistemática das experiências vividas (Gibbs, 1998). A sua aplicação favorece a compreensão dos pensamentos e emoções envolvidos, promove a avaliação crítica das intervenções realizadas e possibilita a identificação de aprendizagens significativas, bem como a definição de estratégias orientadas para a melhoria da prática profissional em situações futuras (Alves et al., 2013; Gibbs, 1998).

1.1 Descrição

Nesta fase inicial do ciclo reflexivo de Gibbs procede-se à descrição objetiva da situação vivida, apresentando apenas os factos relevantes, de forma cronológica e sem juízos de valor. O objetivo é responder à questão: "o que aconteceu?", criando uma base clara para a reflexão subsequente (Gibbs, 1998). O caso apresentado é fictício, embora inspirado na prática clínica em contexto pré-hospitalar.

A situação em análise ocorreu durante um turno em contexto de emergência pré-hospitalar, envolvendo a atuação articulada do CODU, de uma equipa de SIV e de uma VMER. A ativação inicial foi efetuada para uma ocorrência descrita como alteração do estado de consciência (AEC) numa pessoa com cerca de 30 anos, no local de trabalho, informação que se revelou, posteriormente, ligeiramente imprecisa.

À chegada da equipa de SIV ao local, cerca de 5 minutos após a chamada, foi encontrada uma pessoa de sexo feminino, identificada como MA, com a idade aproximada de 45 anos, inconsciente, apneica e sem resposta a estímulos. A doente encontrava-se num espaço diminuto (instalações sanitárias), não tendo sido retirada desse local antes da chegada dos meios de emergência. De acordo com os relatos recolhidos, a Senhora teria estado na casa de banho com episódios de náuseas e vómitos, e já não responderia a chamada dos colegas do trabalho há 15 minutos. No momento da chamada para o CODU, a senhora já estaria inconsciente, e não teria sido iniciada qualquer tipo de manobra de suporte básico de vida (SBV).

Durante toda a intervenção, encontravam-se no local vários colegas de trabalho da Senhora MA, que permaneceram próximos da área de atuação das equipas. Estes solicitavam frequentemente informação sobre o estado clínico, o que exigiu uma gestão contínua do espaço, da comunicação e da concentração da equipa, no ambiente já condicionado pelo reduzido espaço físico e pela elevada pressão temporal.

Perante a avaliação inicial da SIV, foi identificada uma paragem cardiorrespiratória (PCR) não presenciada, tendo sido imediatamente iniciadas manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) de acordo com o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV) e conectado desfibrilhador automático externo (DAE) para avaliação de ritmo. O ritmo inicial identificado foi de assistolia. Procedeu-se à realização de RCP, com ventilação com recurso a ambu com oxigénio suplementar, e iniciado o protocolo de suporte avançado de vida (SAV) com a preparação e administração de adrenalina, conforme algoritmo para ritmos não chocáveis.

Durante os ciclos subsequentes de reavaliação, manteve-se inicialmente a assistolia, com continuidade das manobras de RCP e nova administração de adrenalina ao terceiro ciclo, com conversão transitória para fibrilhação ventricular (FV), tendo sido administrado choque de acordo com a indicação do desfibrilhador, seguindo-se a retoma imediata de compressões torácicas.

Face à gravidade da situação e a necessidade de intervenção médica diferenciada, foi solicitada a ativação da VMER, que chegou ao local cerca de 15 minutos após a ativação inicial, com a equipa de SIV já em atuação. À chegada da VMER, o ritmo encontrava-se em atividade elétrica sem pulso (AESP). Foi então colocado o dispositivo de compressão torácica mecânica (LUCAS ®), mantida a ventilação manual com ambu, tendo sido posteriormente realizada entubação orotraqueal (EOT), assegurando uma via aérea avançada. Foi administrada nova dose de adrenalina, de acordo com o algoritmo. ®

Na sequência destas intervenções, foi obtido retorno da circulação espontânea (ROSC). Contudo, verificou-se nova deterioração com evolução para AESP, tendo sido retomadas manobras de RCP com LUCAS ® e administrada nova dose de adrenalina, culminando num segundo ROSC.

Após estabilização possível no local, foi decidido o transporte hospitalar, com circulação espontânea, entubada e ventilada manualmente, sob monitorização contínua e com início de suporte aminérgico (noradrenalina). O transporte foi efetuado com a presença da médica da VMER e com duas enfermeiras, assegurando a continuidade dos cuidados avançados durante o percurso.

À chegada ao hospital, a doente mantinha ROSC sob suporte aminérgico, tendo sido encaminhada para uma abordagem diferenciada. Apesar das medidas instituídas ao longo de todo o percurso pré-hospitalar e hospitalar, a evolução clínica foi desfavorável, culminando no óbito em contexto hospitalar.

1.2 Sentimentos

Na segunda fase do Ciclo de Gibbs, procura-se identificar e descrever os sentimentos, reações e emoções vividas ao longo da ocorrência apresentada. Esta etapa foca-se objetivamente nas emoções experienciadas, sem que se proceda ainda a qualquer análise crítica ou interpretação. Corresponde assim à resposta à questão : "Quais foram as minhas reações/sentimentos?" (Gibbs, 1998).

No decorrer da situação clínica descrita, a enfermeira, enquanto aluna de mestrado, experienciou sentimentos intensos e contrastantes, condicionados pela gravidade súbita da situação, pelo contexto pré-hospitalar e pela rápida evolução para PCR. Desde o momento em que foi tomada a consciência da gravidade real do quadro clínico, emergiu um sentimento imediato de alerta e responsabilidade, associado à necessidade de atuação rápida e tecnicamente rigorosa perante uma pessoa jovem em situação crítica extrema. A informação prévia à chegada da enfermeira e da equipa da VMER que acompanhava no turno, eram de que se manteria a alteração do estado de consciência. Aquando da chegada ao local, verifica-se uma PCR, o que fez emergir todos os sentimentos descritos.

A chegada à ocorrência e a constatação de que a doente se encontrava em PCR, após um período sem intervenção eficaz por parte dos presentes, despertou sentimentos de inquietação e frustração, associados à perceção do tempo decorrido sem manobras de reanimação. Simultaneamente, surgiu a necessidade de manter foco absoluto na execução das manobras de SAV, o que exigiu controlo emocional e concentração, apesar do ambiente adverso, do espaço físico reduzido e da presença constante de colegas de trabalho da Senhora, visivelmente ansiosos e a solicitar informação frequente sobre o que estava a acontecer.

Durante a intervenção, o elevado nível de stress foi intensificado pelo contexto envolvente e pela carga emocional associada ao facto de se tratar de uma pessoa jovem, em contexto laboral. Ainda assim, à medida que as manobras de reanimação avançavam e que se verificavam respostas transitórias às intervenções realizadas, nomeadamente os episódios de ROSC, emergiu um sentimento de esperança cautelosa, acompanhado da necessidade de manter uma postura profissional contida e focada.

Articulação entre a equipa de SIV e de VMER, bem como a confiança demonstrada pelos colegas na participação ativa da enfermeira enquanto aluna do mestrado, contribuíram para sentimentos de valorização profissional e integração na equipa, apesar da exigência técnica e emocional da situação. A presença de dois enfermeiros especialistas e de uma médica enquanto elementos orientadores, permitiu transformar parte da tensão inicial em maior segurança na atuação, reforçando a perceção de trabalho em equipa e de partilha de responsabilidades.

No momento do transporte hospitalar, apesar da obtenção de ROSC e da estabilização possível com suporte aminérgico, manteve-se um sentimento de incerteza quanto ao prognóstico, associado a consciência da gravidade do evento, do tempo de PCR e das múltiplas intercorrências ocorridas no local. Este sentimento prolongou-se mesmo após a transferência de cuidados, refletindo o impacto emocional que situações do PCR têm nos profissionais envolvidos, particularmente quando o desfecho permanece incerto.

Globalmente, esta experiência suscitou sentimentos de elevada responsabilidade, tensão emocional e stress, mas também de envolvimento profissional, sentido de dever e integração na equipa. Apesar da intensidade da situação e do desfecho posteriormente desfavorável, a vivência permitiu reconhecer a importância do controlo emocional, do trabalho em equipa e da supervisão em contextos de emergência extrema, constituindo um momento marcante no percurso formativo e profissional enquanto futura EE na área da PSC.

1.3 Avaliação

Na terceira fase do Ciclo de Gibbs faz-se a avaliação da experiência, de forma a identificar os aspetos positivos e negativos que marcaram o episódio. Esta etapa facilita a avaliação dos efeitos das intervenções, ou da ausência das mesmas, de forma a compreender o impacto global da situação, identificando o que foi positivo e negativo no episódio. Corresponde, assim, à resposta à questão: "O que foi bom e o que foi menos bom na experiência?" (Gibbs, 1998).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, da OE, que define o perfil de competências específicas do EE em EMC na área da enfermagem à PSC, é esperado que o enfermeiro demonstre capacidade de identificar precocemente sinais de instabilidade, de forma a ter uma atuação rápida e estruturada perante a deterioração clínica, executando cuidados técnicos de elevada complexidade e garantindo a comunicação eficaz e a continuidade dos cuidados em contextos emergentes. Para a

análise da ocorrência em estudo, foram selecionadas as competências consideradas mais pertinentes ao contexto pré-hospitalar vivido.

"*1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.*

1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade;

1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;

1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica;

1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma

1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.

1.2.2 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações;

1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados;

1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

1.4.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;

1.4.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

1.5.2 — Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica;

1.5.3 — Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica;

1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

1.6.1 — Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;

2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.

2.1.1 — Salvaguarda condições de segurança;

2.1.4 — Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações

científicas;

2.1.5 — Assegura meios de evacuação e transporte;

2.1.6 — Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis.

3.1 — Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. 3.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção;

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

3.2.3 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos;

3.2.4 — Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas."

(OE, 2018, pp. 19363-4)

A experiência vivida revelou-se particularmente exigente e complexa, permitindo avaliar a intervenção em contexto de PCR e a articulação entre diferentes elementos numa equipa de emergência, num ambiente pré-hospitalar adverso.

Entre os aspetos positivos, salienta-se a capacidade de integração imediata na equipa já em manobras de reanimação, assegurando a continuidade das intervenções de SAV em curso. À chegada da VMER, encontrando-se a equipa de SIV já a realizar RCP e com administração prévia de fármacos, atuação desenvolvida centrou-se na manutenção da qualidade de RCP, na vigilância contínua e antecipação de instabilidade hemodinâmica e na adaptação da resposta à evolução clínica,

evidenciando competências de resposta pronta e estruturada à instabilidade e falência orgânica (1.1.2).

A execução de cuidados técnicos de elevada complexidade, em articulação com os restantes elementos da equipa, nomeadamente na colocação do LUCAS ®, na colaboração na abordagem da via aérea avançada e a monitorização contínua da pessoa, demonstra competências técnicas específicas dirigidas à PSC, bem como conhecimentos e habilidades em SAV (1.1.3; 1.1.4). A implementação e monitorização de protocolos terapêuticos complexos constituiu outro aspeto relevante da intervenção. A continuidade da administração de fármacos, a reavaliação sistemática do ritmo cardíaco, a identificação de alterações clínicas e adaptação da resposta face à obtenção de episódios de ROSC evidenciam a capacidade de implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações e de avaliar a adequação das intervenções realizadas (1.2.2; 1.2.3).

A articulação eficaz entre as duas equipas presentes, a de SIV e a de VMER, num momento crítico da intervenção, revelou-se determinante para a continuidade das manobras de reanimação e para a estabilização possível da pessoa. A atuação conjunta permitiu assegurar a evacuação e o transporte adequados, bem como a continuidade dos cuidados e a transmissão estruturada da informação clínica, em consonância com as competências associadas à resposta em situações de emergência (2.1.5; 2.1.6).

Salienta-se ainda a gestão da segurança em contexto pré-hospitalar, num ambiente imprevisível, com um espaço físico reduzido e presença de múltiplos terceiros. A utilização adequada de equipamentos de proteção individual (EPI) e a organização do espaço de intervenção contribuíram para salvaguardar a segurança da equipa e da pessoa, refletindo a competência de salvaguarda das condições de segurança em situações de emergência, bem como o cumprimento das normas de prevenção e controlo de infeção aplicáveis ao contexto pré-hospitalar (2.1.1; 3.1.1; 3.2.3; 3.2.4).

No domínio da comunicação, a atuação exigiu adaptação constante da comunicação à complexidade da situação, quer na articulação entre equipas, quer na interação com os colegas de trabalho presentes no local, que por diversas vezes se identificaram como pessoas significativas. Esta adaptação evidencia competências de comunicação em contextos de elevada complexidade clínica (1.4.1; 1.4.3), bem como a utilização adequada de habilidades de relação de ajuda e o reconhecimento do impacto das transações relacionais junto de pessoas emocionalmente envolvidas (1.5.2; 1.5.3; 1.6.1).

Entre os aspetos menos favoráveis, destaca-se o período inicial sem manobras de SBV, antes da chegada dos meios de emergência, situação externa a intervenção da equipa, mas com potencial

impacto negativo no prognóstico da doente. Esta realidade evidencia limitações ao nível da literacia em saúde da população portuguesa.

O ambiente de intervenção, caracterizado por espaço físico reduzido e pela presença constante de terceiros emocionalmente envolvidos, constituiu uma dificuldade acrescida à execução das manobras de SAV, exigindo gestão simultânea da intervenção clínica, da segurança e da comunicação eficaz. Adicionalmente, a informação inicial transmitida ao CODU, que não refletia a gravidade real da situação clínica, condicionou a perceção inicial da ocorrência e reforça a importância de uma comunicação rigorosa e estruturada ao longo de todo o percurso pré-hospitalar.

Em síntese, esta fase de avaliação evidencia que, apesar das dificuldades contextuais e do desfecho desfavorável, a intervenção permitiu demonstrar competências essenciais do EE em EMC na área da PSC, nomeadamente na integração em equipas de emergência, na resposta à instabilidade, na execução de cuidados avançados, na aplicação de protocolos terapêuticos complexos, na comunicação em contextos de elevada complexidade e na garantia da continuidade dos cuidados. As limitações identificadas refletem fatores externos e desafios inerentes ao contexto pré-hospitalar, constituindo oportunidades de reflexão e melhoria da prática profissional.

1.4 Análise

Nesta fase do ciclo de Gibbs, o objetivo é dar significado à experiência vivida, correlacionando os acontecimentos, os sentimentos e a evidência científica disponível, de modo a compreender os fatores que contribuíram para os aspetos negativos e positivos previamente identificados. A questão orientadora é: “Que sentido podemos identificar na situação?” (Gibbs, 1998).

A situação clínica em análise enquadra-se numa PCR extra-hospitalar em contexto laboral, numa mulher com cerca de 45 anos, com PCR não presenciada e com ausência de SBV por terceiros até à chegada da SIV. Este enquadramento é particularmente relevante porque as diretrizes mais recentes de 2025 do *European Resuscitation Council* (ERC) reforçam que a sobrevivência na PCR extra-hospitalar depende criticamente do funcionamento da cadeia da sobrevivência, com destaque para o reconhecimento precoce, o início imediato de SBV e a desfibrilhação antecipada, seguidos de cuidados avançados estruturados (Soar et al., 2025).

A ausência de SBV no período prévio à chamada dos meios de emergência constitui um fator prognóstico desfavorável amplamente descrito na literatura. O estudo europeu EuReCa TWO, publicado por Wnent et al., em 2017, analisou dados de PCR extra-hospitalar provenientes de múltiplos países europeus e demonstrou que a realização de SBV por testemunhas está

significativamente associada a maiores taxas de sobrevivência e melhores resultados neurológicos à alta hospitalar. Os autores evidenciam que o início precoce de RCP por leigos constitui um dos elos mais determinantes da cadeia de sobrevivência, influenciando não apenas a probabilidade de ROSC, mas também a qualidade da recuperação neurológica. Estes dados reforçam que o tempo decorrido sem qualquer intervenção até à chegada dos meios diferenciados tem impacto direto na trajetória clínica da PCR extra-hospitalar, independentemente da qualidade subsequente do SAV (Wnent et al., 2017).

Neste contexto, após a chegada da equipa de SIV, foi iniciado o algoritmo de SAV, com a identificação inicial de assistolia, administração de adrenalina e evolução subsequente para um ritmo chocável, com desfibrilhação conforme as avaliações sistemáticas de ritmo e as recomendações terapêuticas, associadas à retoma imediata das compressões torácicas de alta qualidade, a minimização de interrupções, a reavaliação de ritmo sistemática e a terapêutica dirigida ao ritmo identificado, enquadrando a sequência de intervenções realizadas e evidenciando a importância da continuidade e organização da resposta avançada após uma fase inicial sem SBV (Soar et al., 2025).

A chegada posterior da VMER ocorreu num contexto de manobras de RCP já em curso, exigindo uma integração imediata na equipa, sem interrupção das intervenções críticas, e a garantia de continuidade da intervenção. As *guidelines* do ERC sublinham que a integração de novos elementos durante uma PCR deve ser acompanhada por uma definição clara de papéis, comunicação estruturada e manutenção da qualidade da RCP, de forma a evitar que a chegada de meios diferenciados resulte em pausas prolongadas ou desorganização da equipa (Soar et al., 2025).

Neste contexto, a utilização do dispositivo de compressão torácica mecânica (LUCAS ®) encontra-se descrita nas recomendações do ERC como uma opção válida em cenários específicos, nomeadamente em reanimações prolongadas, ambientes adversos, espaços reduzidos ou durante o transporte da vítima, desde que a sua colocação não comprometa a continuidade e a qualidade das compressões ou a segurança dos intervenientes. A evidência reforça que estes dispositivos devem ser utilizados como complemento à RCP manual de alta qualidade e enquadrados numa estratégia global de gestão da reanimação, particularmente quando a fadiga da equipa ou as condições ambientes podem comprometer a eficácia das compressões manuais (Soar et al., 2025).

Para além da componente técnica, a literatura destaca que a dinâmica de equipa e a comunicação clara e estruturada são determinantes para o sucesso da reanimação em contextos de alta pressão. Os princípios do *Crisis Resource Management* (CRM) aplicados à emergência, nomeadamente explicados no artigo "*Crisis Resource Management*" de Nickson, em 2020, salientam a importância de uma liderança definida, da comunicação em circuito fechado (*closed-loop*

communication) e da verbalização explícita das necessidades clínicas à chegada de novos elementos à equipa. Estes princípios permitem assegurar que a informação crítica, como o ritmo inicial, os ciclos de RCP já realizados, a terapêutica administrada e a evolução clínica, é transmitida de forma rápida e eficaz, minimizando erros, redundâncias e interrupções desnecessárias nas intervenções de suporte à vida (Nickson, 2020; Soar et al., 2025).

A evidência prática e teórica sugere que equipas que utilizam estratégias de CRM e comunicação estruturada apresentam menor tempo de interrupção das compressões, melhor coordenação das intervenções e maior adesão aos algoritmos de SAV em situações de emergência pré-hospitalar. A integração efetiva de novos elementos, aliada a uma comunicação eficiente, é, por isso, um fator essencial para a qualidade global da resposta à PCR e para a segurança das equipas envolvidas.

Relativamente à administração de adrenalina, a evidência científica é sustentada pelo ensaio clínico randomizado PARAMEDIC2, publicado no New England Journal of Medicine em 2018. Este estudo incluiu 8014 doentes com PCR extra-hospitalar, distribuídos de forma equilibrada entre o grupo da adrenalina (4015 pessoas) e o grupo placebo (3999 pessoas), apresentando características basais semelhantes e tempos de resposta comparáveis entre os grupos. O intervalo médio entre a chamada de emergência e a chegada dos meios foi de 6,6 minutos, seguindo-se um período adicional até à administração do fármaco, refletindo a realidade operacional do contexto pré-hospitalar.

Os resultados demonstraram que a administração de adrenalina esteve associada a uma maior taxa de ROSC durante a fase pré-hospitalar (36,3% no grupo da adrenalina contra 11,7% no grupo placebo), bem como a uma maior proporção de pessoas transportadas vivas para o hospital (50,8% contra 30,7%). Relativamente ao desfecho, verificou-se uma sobrevivência aos 30 dias significativamente superior no grupo que recebeu adrenalina (3,2% contra 2,4%) (Perkins et al., 2018).

Contudo, este benefício em termos de sobrevivência não se traduziu numa melhoria significativa dos desfechos neurológicos, tendo sido observada uma maior proporção de défice neurológico grave entre os sobreviventes tratados com adrenalina. Estes resultados reforçam que a obtenção de ROSC, embora essencial, não é sinónimo de bom prognóstico neurológico, devendo a administração de adrenalina ser interpretada como uma intervenção que aumenta a probabilidade de circulação espontânea, mas cujo impacto no desfecho funcional é limitado. Assim, a evidência sustenta a necessidade de integrar a terapêutica farmacológica numa abordagem global da PCR, em que a qualidade da RCP, a desfibrilhação atempada e os cuidados pós-ROSC assumem um papel determinante no prognóstico global da PSC (Perkins et al., 2018; Soar et al., 2025).

A fase pós-ROSC assume igualmente um papel central no prognóstico. As recomendações conjuntas do ERC e da *European Society of Intensive Medicine* (ESICM) sublinham que os resultados após PCR dependem da qualidade da estabilização hemodinâmica, da gestão da oxigenação e ventilação e do encaminhamento rápido para unidades com capacidade de tratamento diferenciado quando clinicamente indicado (Nolan et al., 2021).

Para além das intervenções técnico-clínicas, esta situação evidencia de forma clara a relevância das competências não técnicas (*soft skills*) na prestação de cuidados em emergência pré-hospitalar, nomeadamente a comunicação eficaz, o trabalho em equipa, a liderança situacional e a autorregulação emocional. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, da Direção-Geral da Saúde (DGS) estabelece os pilares estratégicos para consolidar e promover a segurança da pessoa no sistema de saúde português, incluindo a cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes e práticas seguras em ambientes seguros. Estes pilares sustentam a prioridade da segurança da pessoa e destacam a necessidade de integração de práticas que garantam cuidados eficazes e seguros em ambientes complexos (DGS, 2021).

Em particular, o PNSD identifica a comunicação eficaz e o trabalho em equipa como áreas prioritárias para a redução de eventos adversos, reconhecendo que falhas comunicacionais estão frequentemente associadas a erros em contextos críticos. No cenário analisado, a articulação entre diferentes equipas (SIV e VMER), num ambiente físico limitado e sob elevada pressão temporal, exigiu uma comunicação clara, objetiva e estruturada, de forma a garantir a continuidade dos cuidados e a segurança da intervenção.

Paralelamente, a literatura em emergência clínica e CRM evidencia que as equipas que aplicam modelos estruturados de comunicação, lideranças definidas e partilha eficaz da informação apresentam melhor desempenho na execução de RCP e menos probabilidade de interrupções ou erros evitáveis. Esta evidência apoia a ideia de que aspetos como coordenação, antecipação de necessidades e clareza comunicacional são determinantes não apenas para a sequência técnica de manobras, mas também para a segurança e qualidade global da resposta à PCR (DGS, 2021; OMS, 2021).

A presença de vários colegas de trabalho da pessoa, emocionalmente envolvidos e que se identificavam como uma “família alargada”, constituiu um desafio adicional do ponto de vista comunicacional e relacional. Embora a prioridade clínica fosse a reanimação, tornou-se necessário gerir o ambiente envolvente através de respostas comunicacionais breves, claras e empáticas, de modo a conter a ansiedade dos presentes, preservar a dignidade da pessoa e evitar interferências no

processo de cuidados. Esta dimensão relacional assume particular relevância em contextos de emergência extra-hospitalar, onde o espaço, o tempo e os recursos são limitados.

Neste enquadramento, os princípios de CRM aplicados à emergência reforçam a importância da liderança situacional, da consciência situacional, da comunicação *closed-loop* e da partilha explícita de informação crítica entre os elementos da equipa. A evidência demonstra que equipas que utilizam estratégias de CRM apresentam melhor coordenação, menor tempo de interrupção das compressões torácicas e maior adesão aos algoritmos de SAV, contribuindo para uma resposta mais segura e eficaz em situações de elevada complexidade (Nickson, 2020; Soar et al., 2025).

Adicionalmente, a capacidade de autorregulação emocional dos profissionais assume um papel central nestes cenários. A gestão do stress, da pressão emocional associada aos cuidados de uma pessoa jovem e do impacto psicológico do ambiente envolvente revelou-se essencial para manter a tomada de decisão clínica imparcial e adequada e a execução rigorosa das intervenções. Estas competências subjetivas, frequentemente menos visíveis, constituem um elemento estruturante da prática especializada e estão alinhadas com os princípios do PNSD, que reconhece o fator humano como determinante para a segurança da pessoa e para a qualidade global dos cuidados prestados.

Em síntese, a análise desta experiência evidencia que a resposta eficaz a uma PCR extra-hospitalar não depende apenas da correta execução de procedimentos técnicos, mas resulta da confluência de múltiplos fatores, desde a prontidão das respostas iniciais, passando pela aplicação coerente dos algoritmos de SAV, até à capacidade de comunicação estruturada, liderança de equipa e gestão emocional em cenários de elevada pressão. A integração destas dimensões, em articulação com os pilares estratégicos delineados no PNSD 2021-2026, sublinha que a segurança da PSC e a qualidade dos cuidados prestados dependem tanto da competência técnica como da competência relacional e organizacional dos profissionais de saúde.

1.5 Conclusão

A reflexão desenvolvida através da aplicação do Ciclo Reflexivo de Gibbs à situação de PCR extra-hospitalar analisada permitiu integrar, de forma estruturada, a experiência vivida, os sentimentos emergentes, a avaliação crítica da intervenção e a evidência científica mais recente. Este processo revelou-se fundamental para atribuir significado à prática clínica em contexto pré-hospitalar, particularmente em cenários de elevada complexidade, imprevisibilidade e pressão emocional.

A análise da situação evidenciou que a resposta eficaz à PCR extra-hospitalar depende de múltiplos fatores interdependentes, desde a ativação adequada da cadeia de sobrevivência e da aplicação rigorosa dos algoritmos de SAV, até à articulação eficiente entre equipas diferenciadas, como a SIV e a VMER. Ficou patente que, mesmo quando a atuação técnica é adequada e alinhada com as recomendações mais recentes do ERC, fatores externos, como a ausência de SBV por testemunhas, o tempo decorrido até ao início das manobras e o contexto físico e emocional envolvente, condicionam significativamente o prognóstico da PSC.

Para além da componente técnico-científica, esta experiência reforçou a relevância das competências não técnicas, nomeadamente a comunicação eficaz, o trabalho em equipa, a liderança situacional e a autorregulação emocional, como elementos determinantes para a segurança e qualidade dos cuidados. A presença de terceiros emocionalmente envolvidos, associada a um espaço físico reduzido e a uma pessoa jovem, exigiu uma gestão simultânea da intervenção clínica, da segurança e da comunicação, confirmando que a prática em emergência pré-hospitalar ultrapassa largamente a execução de procedimentos técnicos isolados.

Neste sentido, a reflexão permitiu consolidar aprendizagens alinhadas com o Regulamento n.º 429/2018 da OE, evidenciando o desenvolvimento de competências essenciais do EE em EMC na área da PSC, particularmente na resposta à instabilidade, na execução de cuidados avançados, na aplicação de protocolos terapêuticos complexos, na comunicação em contextos de elevada complexidade e na garantia da continuidade dos cuidados. Simultaneamente, a articulação com os princípios do PNSD 2021-2026 reforçou a importância de integrar a dimensão humana e organizacional na prática clínica, reconhecendo o fator humano como determinante para a segurança da pessoa e da equipa.

Em conclusão, esta experiência constituiu um momento formativo marcante, permitindo transformar uma situação clínica exigente e com desfecho desfavorável numa oportunidade de crescimento profissional, ético e humano. A reflexão crítica desenvolvida contribuiu para o fortalecimento da identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista, reforçando a importância da prática reflexiva contínua como instrumento essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC, em particular no exigente contexto da emergência pré-hospitalar.

1.6 Planeamento da Ação

A última fase do ciclo de Gibbs visa delimitar estratégias concretas, realistas e aplicáveis que permitam aprimorar a resposta em situações semelhantes no futuro. Esta etapa centra-se na aprendizagem resultante da experiência vivida, identificando oportunidades de melhoria da prática

profissional e ações orientadas para o aumento da segurança, da eficácia e da humanização dos cuidados. Corresponde às questões orientadoras: "O que podemos fazer de diferente numa situação semelhante? O que podemos fazer com o que aprendemos?" (Gibbs, 1998).

A análise da situação de PCR extra-hospitalar em contexto laboral evidenciou áreas-chave de intervenção que podem ser alvo da melhoria contínua. Assim, o plano de ação estrutura-se em quatro eixos fundamentais:

(i) Reforço da cadeia de sobrevivência e literacia em saúde;

(ii) Otimização da comunicação e do trabalho em equipa em contexto de PCR;

(iii) consolidação das competências técnico-científicas em SAV e cuidados de pós-ROSC;

(iv) promoção da cultura de segurança e do bem-estar profissional.

(v) Reforço da cadeia de sobrevivência e literacia em saúde

A ausência de manobras de SBV por testemunhas até à chegada dos meios de emergência revelou-se um fator crítico com impacto potencialmente negativo no prognóstico da pessoa. Neste sentido, é fundamental investir na promoção da literacia em saúde da população, nomeadamente no reconhecimento da PCR e no início precoce de SBV. As recomendações do ERC 2025 reforçam que a sobrevivência da PCR extra-hospitalar depende de uma cadeia de sobrevivência funcional, em que o SBV precoce e a desfibrilhação atempada são determinantes antes mesmo da chegada de cuidados avançados (ERC, 2025; Semeraro et al., 2025). A evidência europeia corrobora esta prioridade: o registo EuReCa TWO demonstrou que a realização de SBV por testemunhas se associa a melhores resultados, incluindo maior sobrevivência e melhores desfechos neurológicos à alta hospitalar, reforçando que os minutos iniciais sem intervenção têm impacto direto na trajetória clínica, mesmo quando o SAV é executado de forma adequada (Gräsner et al., 2020; Wnent et al., 2017).

Assim, enquanto futura EE, considera-se essencial assumir um papel ativo na sensibilização comunitária, colaborando em ações de formação e treino de SBV dirigidas a contextos laborais, escolas e comunidade em geral. Esta estratégia está alinhada com a abordagem de prevenção e capacitação comunitária defendida pelo ERC, que valoriza a preparação de leigos e a existência de primeiros intervenientes como fatores de aumento de sobrevivência (ERC, 2025; Semeraro et al., 2025).

Adicionalmente, no contexto pré-hospitalar, reforça-se que a importância de uma comunicação clara, objetiva e estruturada com o CODU, promovendo a recolha dirigida de informação (p.e.: sinais de PCR, consciência, respiração) e a identificação precoce de situações potencialmente críticas. O ERC 2025 enfatiza a importância do papel do *dispatcher* na cadeia de sobrevivência, nomeadamente na identificação rápida da PCR e na orientação de SBV por telefone

(*dispatcher-assisted CPR*), aumentado a probabilidade de início precoce de compressões torácicas (Soar et al., 2025). Paralelamente, a literatura demonstra que o SBV assistido por um técnico, de forma telefónica, aumenta a probabilidade de SBV ser iniciado por testemunhas e está associado a melhoria de resultados, comparativamente a situações sem SBV prévio. Esta evidência sustenta que a qualidade da triagem telefónica e a instrução clara e estruturada do CODU podem mitigar atrasos críticos, sobretudo quando os presentes não possuem competências para iniciar SBV espontaneamente (Ferguson, 2022; Limkakeng Jr et al., 2022).

Esta aposta na comunicação e na segurança é igualmente coerente com o PNSD 2021-2026, que explicita pilares como a cultura de segurança, a comunicação, a implementação contínua de práticas seguras em ambientes complexos e o reforço de mecanismos organizacionais que reduzam risco e variabilidade. Neste sentido, melhorar a qualidade da informação transmitida ao CODU e promover SBV por testemunhas são medidas consistentes com uma abordagem sistémicas da segurança, centrada na prevenção e na mitigação de eventos adversos desde o primeiro contacto com o sistema de emergência (DGS, 2021).

Otimização da comunicação e do trabalho em equipa em contexto de PCR

A experiência analisada evidenciou de forma clara que a qualidade da resposta a uma PCR não depende exclusivamente da execução técnica das manobras de reanimação, mas é fortemente influenciada pelas competências não técnicas, como a comunicação eficaz, a liderança situacional e o trabalho em equipa. As *guidelines* do ERC 2025 reconhecem explicitamente que falhas na comunicação e na coordenação da equipa estão associadas a interrupções desnecessárias das compressões torácicas, atrasos na desfibrilhação e erros evitáveis durante a reanimação, reforçando a necessidade de modelos organizados de atuação em equipa (Semeraro et al., 2025).

Neste contexto, torna-se pertinente reforçar a adoção sistemática dos princípios de CRM nas equipas de emergência pré-hospitalar. O CRM, originalmente desenvolvido na aviação e adaptado à medicina de emergência e cuidados críticos, enfatiza a definição clara de papéis, a liderança funcional, a comunicação estruturada e a utilização de comunicação em *closed-loop*, particularmente em cenários de elevada pressão e carga cognitiva. A evidência demonstra que equipas que aplicam estes princípios apresentam melhor coordenação, maior adesão aos algoritmos de SAV e menos probabilidade de erros durante a PCR (Nickson, 2020). As recomendações do ERC sublinham ainda que a chegada de novos elementos à equipa, como acontece frequentemente na articulação entre SIV e VMER, constitui um momento crítico da reanimação. Nestes momentos, a verbalização explícita e estruturada da informação clínica essencial, como o ritmo inicial, número de ciclos realizados, fármacos administrados e a resposta às intervenções, é determinante para garantir a continuidade

dos cuidados e evitar redundâncias ou omissões terapêuticas. A literatura demonstra que *briefings* rápidos e objetivos melhoram a integração dos profissionais e reduzem interrupções das compressões torácicas (Nickson, 2020; Soar et al., 2025).

Como estratégica de melhoria, propõe-se a valorização de *briefings* operacionais breves quando da integração de equipas diferenciadas e a implementação sistemática de *debriefings* estruturados após eventos críticos, como uma PCR. A evidência demonstra que os *debriefings* clínicos contribuem para a melhoria do desempenho e não técnico, promovem a aprendizagem reflexiva e reforçam a cultura de segurança, sendo particularmente eficazes quando realizados de forma estruturada e focados em aspetos de comunicação, liderança e coordenação (Cheng et al., 2023).

Paralelamente, a gestão da comunicação com terceiros emocionalmente envolvidos, frequentemente presentes em contextos pré-hospitalares, deve ser considerada parte integrante da intervenção em PCR. A literatura sobre a presença de familiares durante a reanimação discute precisamente os impactos desta presença e a necessidade de estratégias estruturadas para apoiar, informar e conter ansiedade, sem comprometer os cuidados (Rubin et al., 2023). Embora no caso descrito os presentes fossem colegas de trabalho, a evidência é útil por enquadrar a necessidade de delimitar espaço, gerir expectativas e manter a segurança/eficácia da equipa quando existem observadores emocionalmente envolvidos. Esta abordagem encontra-se igualmente alinhada com o PNSD 2021-2026, que identifica a comunicação eficaz, o trabalho em equipa e a liderança como pilares fundamentais da segurança da pessoa. A integração sistemática destas competências na prática do pré-hospitalar contribui para a redução do risco clínico, para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a proteção simultânea da PSC e dos profissionais envolvidos (DGS, 2021).

Consolidação das competências técnico-científicas em SAV e cuidados pós-ROSC

A complexidade da resposta à PCR em contexto pré-hospitalar exige atualização e treino contínuos, não apenas na execução do algoritmo de SAV, mas também na estabilização pós-ROSC, no transporte seguro e na transmissão estruturada da informação para garantir continuidade dos cuidados. As *guidelines* do ERC 2025 reforçam que a qualidade da RCP continua a ser o determinante central do sucesso imediato, devendo as intervenções avançadas integrar-se de forma organizada e sem comprometer a qualidade das compressões (Soar et al., 2025).

Neste contexto, propõe-se como estratégia de melhoria a participação regular em formação acreditada e a realização de treinos em contexto de simulação, incluindo a integração de equipas, a gestão da via aérea, o suporte farmacológico e a tomada de decisão sob pressão. A evidência demonstra que a simulação em reanimação é altamente eficaz para melhorar competências técnicas e não técnicas, sobretudo quando inclui treino em equipa e repetição ("*booster training*") (Mundell

et al., 2013). Adicionalmente, meta-análises recentes continuam a demonstrar melhoria significativa das competências de RCP após simulação de alta-fidelidade, reforçando a utilidade desta metodologia no reforço do desempenho e da consistência técnica (Herrero-Izquierdo et al., 2025).

No que respeita à fase pós-ROSC, a evidência e as recomendações ERC-ESICM sublinham que o prognóstico não depende apenas da obtenção de circulação espontânea, mas sim da qualidade da estabilização subsequente, incluindo a gestão cuidadosa de ventilação, com estabilidade hemodinâmica e o encaminhamento rápido para unidades diferenciadas quando indicado. Em particular, as *guidelines* ERC-ESICM recomendam evitar hiperóxia e hipoxemia, titulando oxigénio para valores alvo e monitorizando de forma precoce a ventilação e a perfusão, integrando estes objetivos no cuidado contínuo durante o transporte quando aplicável (Nolan et al., 2021).

Dado que o transporte pré-hospitalar após ROSC pode decorrer num ambiente dinâmico e com risco de nova deterioração, recomenda-se a consolidação de rotinas de monitorização contínua, reavaliação sistemática e antecipação de complicações, garantindo cuidados avançados que não se limitam ao momento crítico, mas sim a toda a fase de estabilização e evacuação. Esta abordagem está alinhada com a prática especializada na área da PSC, em que a vigilância e a resposta antecipatória à instabilidade são elementos estruturantes.

Por fim, uma área crítica de melhoria contínua prende-se com a continuidade dos cuidados e transmissão de informação na transição do pré-hospitalar para o hospital. A evidência mostra que intervenções de *handover* estruturado reduzem omissões, documentação incompleta e erros comunicacionais, constituindo uma medida concreta de segurança clínica (Bukoh & Siah, 2020). Neste sentido, recomenda-se a adoção consistente de ferramentas de *handover* estruturado, por exemplo, com a utilização do ISBAR, adequando-as ao contexto pré-hospitalar, de forma a garantir que toda a informação clínica é transmitida de forma breve, completa e padronizada. Uma revisão portuguesa sobre ISBAR em contexto de urgência reforça os benefícios desta ferramenta na organização da comunicação e na segurança da pessoa (Chaica et al., 2024).

Em síntese, este eixo do plano de ação centra-se em reforçar a competência técnica e a consistência clínica ao longo de todo o percurso da PCR extra-hospitalar, desde a execução do SAV até ao pós-ROSC e *handover,* sustentando a melhoria da prática através do treino por simulação, da atualização com base em *guidelines* e da adoção de comunicação estruturada na continuidade dos cuidados.

Promoção da cultura de segurança e do bem-estar profissional

A intervenção em PCR extra-hospitalar, sobretudo quando envolve uma pessoa jovem e ocorre num ambiente emocionalmente carregado, expõe os profissionais a níveis elevados de stress agudo e a potenciais repercussões psicológicas. Neste sentido, para além da melhoria técnico-operacional, torna-se essencial reforçar uma cultura de segurança que promova a aprendizagem, uma comunicação aberta e com suporte às equipas. O *Global Patient Safety Action Plan 2021-2023,* da Organização Mundial da Saúde (OMS), define como prioridade o desenvolvimento de sistemas de alta fiabilidade e de uma cultura de abertura e aprendizagem, salientando que a segurança da pessoa depende de fatores organizacionais, comunicação e bem-estar dos profissionais (OMS, 2021).

Nesta lógica, e em alinhamento com os pilares nacionais já mobilizados no PNSD, recomenda-se que após ocorrências críticas, como uma PCR com desfecho desfavorável, exista uma abordagem estruturada de reflexão e aprendizagem, através de *debriefings* clínicos, técnicos e não técnicos, e, quando indicado, *debriefings* de suporte emocional. A evidência sobre *debriefing* em saúde destaca que a sua eficácia depende fortemente da segurança psicológica, isto é, da perceção de que a equipa pode falar abertamente sem medo de julgamento ou punição. Kolbe et al. (2020) sublinham que a segurança psicológica é um determinante central para que o *debriefing* seja um espaço de aprendizagem real e para que a equipa identifique fragilidades de comunicação, coordenação e tomada de decisão, sem gerar retração ou culpabilização (Kolbe et al., 2020).

Paralelamente, o bem-estar profissional deve ser encarado como um determinante de segurança clínica. O relatório "*Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being*" descreve o *burnout* como um risco para a segurança dos cuidados e reforça que a resposta deve ser sistémica, envolvendo condições de trabalho, cultura organizacional, liderança e apoio aos profissionais, e não apenas estratégias individuais. Assim, como plano de melhoria contínua, recomenda-se que as equipas e serviços promovam mecanismos consistentes de suporte: oportunidades regulares de *debriefing*, acesso facilitado a apoio psicológico quando necessário, e estratégias de prevenção primária de desgaste (NASEM, 2019).

Adicionalmente, em contexto de emergência pré-hospitalar, tem ganho relevância a implementação de programas formais de *peer support* para as equipas dos meios de emergência, diferenciando intervenções de prevenção e acompanhamento contínuo de abordagens reativas centradas numa ocorrência. Uma revisão recente descreve que programas de *peer support* podem funcionar como estratégia de vigilância, encaminhamento e apoio, contribuindo para a resiliência e para redução de consequências psicológicas associadas à exposição repetida a eventos potencialmente traumáticos. Esta evidência sustenta a pertinência de integrar, sempre que possível,

modelos de apoio entre pares e referenciação, especialmente após ocorrências com elevado impacto emocional.

Em síntese, este eixo do plano de ação propõe que a melhoria contínua na resposta à PCR extra hospitalar inclua, para além do treino técnico e da organização operacional, uma resposta estruturada em cultura de segurança, aprendizagem sem culpa, *debriefing* com segurança psicológica e mecanismos de apoio ao bem-estar profissional. Estas medidas reforçam a segurança da PSC e sustentam a capacidade das equipas de emergência manterem o desempenho elevado e consistente em cenários de elevada complexidade e exigência emocional.

Concluindo assim, o presente plano de ação traduz as aprendizagens resultantes da reflexão crítica sobre a experiência vivida, propondo estratégias concretas orientadas para a melhoria da resposta à PCR extra-hospitalar. O reforço da literacia em saúde e da cadeia de sobrevivência, a otimização da comunicação e do trabalho em equipa, a consolidação das competências em SAV e cuidados pós-ROSC, bem como a promoção de uma cultura de segurança e do bem-estar profissional, constituem pilares fundamentais para o desenvolvimento contínuo da prática especializada. Estas estratégias encontram-se alinhadas com o Regulamento n.º 429/2018 da OE, com as recomendações internacionais mais recentes e com as políticas nacionais de qualidade e segurança em saúde, contribuindo para uma prática cada vez mais segura, eficaz e centrada na PSC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, desenvolvido no âmbito do estágio em contexto pré-hospitalar do mestrado em EMC na área de especialização em PSC, permitiu aplicar o Ciclo Reflexivo de Gibbs a uma ocorrência de PCR extra-hospitalar, transformando uma experiência clinicamente exigente e emocionalmente marcante num processo estruturado de aprendizagem e melhoria contínua. A reflexão realizada possibilitou integrar a dimensão técnico-científica da intervenção com fatores humanos e organizacionais, evidenciando que a qualidade e a segurança dos cuidados em emergência pré-hospitalar dependem de múltiplos fatores interdependentes.

Relativamente ao objetivo geral, esta análise permitiu identificar os fatores clínicos, comunicacionais e organizacionais que influenciaram a resposta à PSC e o desenvolvimento de competências ao longo de todo o episódio. Do ponto de vista clínico, ficou evidente a influência determinante dos primeiros minutos na evolução da PCR, bem como a necessidade de uma atuação avançada organizada, contínua e adaptada à evolução da condição clínica. Apesar da intervenção estruturada e tecnicamente adequada por parte das equipas diferenciadas, a ocorrência demonstrou como é que fatores condicionantes externos à prática, nomeadamente a ausência de SBV por terceiros antes da chegada dos meios, podem marcar de forma significativa o prognóstico, sublinhando a relevância da cadeia de sobrevivência e da literacia em saúde na comunidade.

Assim, foi possível identificar e descrever os sentimentos vivenciados e reconhecer o seu impacto na atuação, na medida em que esta experiência criou, na enfermeira, um estado constante de alerta, com necessidade de contenção emocional e gestão do *stress*, intensificados pela idade da vítima, pelo contexto laboral com a presença de terceiros emocionalmente envolvidos. Em simultâneo, a integração na equipa e a supervisão/partilha de responsabilidades contribuíram para uma maior segurança e foco. Esta análise reforçou a importância da autorregulação emocional e do controlo do *stress* como competências essenciais para manter um desempenho técnico rigoroso, com uma tomada de decisão adequada e imparcial em cenários críticos.

Esta análise, também permitiu a distinção dos aspetos positivos e menos positivos da intervenção e da dinâmica das equipas presentes. Entre os aspetos favoráveis, destacou-se a integração imediata na equipa já em manobras de reanimação, assegurando a continuidade dos cuidados avançados, através de uma articulação eficaz entre as equipas de SIV e VMER, tendo por base uma capacidade de adaptação à evolução clínica, culminando na gestão do transporte e a continuidade de vigilância. Em contrapartida, foram identificadas dificuldades associadas ao ambiente físico reduzido, à pressão temporal inerente a uma condição tempo-dependente e à presença constante de terceiros, exigindo uma gestão simultânea do espaço, da comunicação e da

segurança, competências inerentes ao perfil de um EE. Adicionalmente, a informação inicial imprecisa reforçou a importância de uma comunicação estruturada e padronizada desde a ativação dos meios até à transferência dos cuidados.

A análise crítica também permitiu compreender de forma integrada os fatores que condicionam a segurança e a continuidade dos cuidados à PSC. Confirmou-se que a resposta à PCR não é apenas a soma de procedimentos técnicos, mas um processo complexo, que exige uma coordenação entre profissionais diferenciados, com competências de liderança, comunicação clara e partilha eficaz de informação em momentos-chave. A gestão do ambiente e de terceiros emocionalmente envolvidos revelou-se particularmente relevante, mostrando que a componente relacional dos cuidados, mesmo quando não existe um vínculo familiar formal, influencia o ambiente da prática e pode interferir com a eficácia e com a segurança dos cuidados se não for adequadamente enquadrada.

O plano de ação delineado operacionaliza a aprendizagem criando estratégias realistas de melhoria, centradas em quatro eixos: no reforço da cadeia de sobrevivência e da literacia em saúde, na otimização da comunicação e do trabalho em equipa, na consolidação técnico-científica do algoritmo de SAV e cuidados pós-ROSC e na promoção de uma cultura de segurança e do bem-estar dos profissionais. Este plano de ação traduz uma visão abrangente da prática especializada, valorizando simultaneamente as dimensões clínicas, humanas e organizacionais da intervenção, e reconhecendo que a qualidade e segurança se constroem tanto no treino técnico como na forma como as equipas comunicam, lideram, aprendem e cuidam de si próprias após eventos críticos.

Em suma, apesar do desfecho desfavorável, a reflexão estruturada permitiu consolidar aprendizagens relevantes, reforçar a identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista e reconhecer a prática reflexiva como um instrumento central do desenvolvimento, da segurança e da melhoria contínua. Este trabalho evidenciou que a resposta eficaz à PSC em contexto pré-hospitalar exige competências técnicas, com consistência organizacional e uma maturidade relacional, integrando intervenções avançadas com competências de comunicação, de trabalho em equipa e de gestão emocional em cenários de elevada complexidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, E., Dessunti, E., & Oliveira, M. (2013). O Pensamento Reflexivo na Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería, 3*(3), 47-53. https://repositorio.usp.br/directbitstream/2a77f101-409b-443c-9af4db2be48770f0/OLIVEIRA,%20M%20A%20de%20C%20doc%2012...

Bukoh, M., & Siah, C.-J. (2020). A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *Journal of nursing management, 28*(3), 744-755. https://doi.org/10.1111/jonm.12936

Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024). ISBAR: A Handover Nursing Strategy in Emergency Departments, Scoping Review. *Healthcare, 12*(399). https://doi.org/10.3390/healthcare12030399

Cheng, A., Davidson, J., Wan, B., St-Onge-St-Hilaire 2, A., & Lin, Y. (2023). Data-informed debriefing for cardiopulmonary arrest: A randomized controlled trial. *Resuscitation Plus, 14*(100401). https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100401

Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República, 2.ª série*(187), 96-103. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf

ERC. (2025). *Chain of Survival*. Obtido de European Resuscitation Council: https://www.erc.edu/for-everyone/learn-cpr/chain-of-survival/

Ferguson, C. (2022). Dispatcher-assisted CPR can it do harm as well as good? *Resuscitation, 170*, 274-275. https://www.resuscitationjournal.com/action/showCitFormats?doi=10.1016%2Fj.resuscitation.2021.12.001&pii=S0300-9572%2821%2900508-6

Gibbs, G. (1998). *Learning by doing: a guide to teaching & learning methods.* Oxford Polytechnic, RU: Further Education Unit.

Gräsner, J.-T., Wnent, J., Herlitz, J., Perkins, G., Lefering, R., Tjelmeland, I., . . . Bossaert, L. (2020). Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe - Results of the EuReCa TWO study. *Resuscitation, 148*, 218-226. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.12.042

Herrero-Izquierdo, L., Abajas-Bustillo, R., Ortego-Mané, C., & Alconero-Camarero, A. (2025). Effectiveness of high-fidelity clinical simulation in cardiopulmonary resuscitation training: A systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Clinical Simulation in Nursing, 98*(101665). https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101665

Kolbe, M., Eppich, W., Rudolph, J., Meguerdichian, M., Catena, H., Cripps, A., . . . Cheng, A. (2020). Managing psychological safety in debriefings: a dynamic balancing act. *BMJ simulation & technology enhanced learning, 6*(3), 164-171. https://doi.org/10.1136/bmjstel-2019-000470

Limkakeng Jr, A., Ye, J., Staton, C., Yng Ng, Y., Leong, B., Shahidah, N., . . . Singapore PAROS Investigators. (2022). Impact of Dispatcher-Assisted Cardiopulmonary Resuscitation on Performance of Termination of Resuscitation Criteria. *Resuscitation, 170*, 160–166. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.11.034

Mundell, W., Kennedy, C., Szostek, J., & Cook, D. (2013). Simulation technology for resuscitation training: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation, 84*(9), 1174-1183. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.04.016

NASEM. (2019). *Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being.* Washignton, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25521

Nickson, C. (2020). *Crisis Resource Management (CRM)*. Obtido de Life in the Fast Lane: https://litfl.com/crisis-resource-management-crm/

Nolan, J., Sandroni, C., Böttiger, B., Cariou, A., Cronberg, T., Friberg, H., . . . Soar, J. (2021). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Medicine, 47*, 369-421. https://doi.org/10.1007/s00134-02106368-4

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, (...) e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República, Série II*(n.º 135), 19359-70. Obtido de https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/4292018-115698617

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030.* Geneva: Organização Mundial da Saúde. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705eng.pdf?sequence=1

Perkins, G., Ji, C., Deakin, C., Quinn, T., Nolan, J., Scomparin, C., . . . PARAMEDICS2 Collaborators. (2018). A Randomized Trial of Epinephrine in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *The New England journal of medicine, 379*(8), 711-721. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1806842

Rubin, M., Svensson, T., Herling, S., Jabre, P., & Møller, A. (2023). Family presence during resuscitation. *The Cochrane database of systematic reviews, 5*(5). https://doi.org/10.1002/14651858.CD013619.pub2

Semeraro, F., Schnaubelt, S., Olasveengen, T., Bignami, E., Böttiger, B., Fijačko, N., . . . ERC Systems Saving Lives Collaborator Group . (2025). European Resuscitation Council Guidelines 2025 System Saving Lives. *Resuscitation, 215*(110821). https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110821

Soar, J., Böttiger, B., Carli, P., Jiménez, F., Cimpoesu, D., Cole, G., . . . Nolan, J. (2025). European Resuscitation Council Guidelines 2025 Adult Advanced Life Support. *Ressuscitation, 215*(110769). https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110769

Wnent, J., Masterson, S., Gräsner, J.-T., Böttiger, B., Eggeling, J., Herlitz, J., . . . Bossaert, L. (2017). EuReCa TWO A prospective observational analysis over three month in cardiac arrest and resuscitation registries in 29 European countries. *Anästh Intensivmed, 58*(9), 506-511. https://doi.org/10.19224/ai2017.506

APÊNDICE X – Póster "*Comunicação e Registos na Sala de Reanimação*"

COMUNICAÇÃO E REGISTOS
NA SALA DE REANIMAÇÃO

A — Airway

Existe obstrução de via aérea (OVA) [1,3,7]

→ Elevar/Sub-luxação do maxilar
→ Ouvir! (roncos, gorgolejos, estridor)
→ Ponderar adjuvantes de via aérea
→ Ponderar aspiração de secreções
→ Edema?

B — Breathing

Respira? [1,3,7]

SIM

- Eupneia/Dispneia/Polipneia
- Normal/Profunda/Superficial
- Simetria
- Tiragem? Cianose?
- Ingurgitamento jugular? Enfisema subcutâneo? Desvio da traqueia?
- Avaliar: → SpO_2 → $EtCO_2$

NÃO

- Palpar pulso central
- Ponderar ventilação de resgate

C — Circulation

Tem pulso? [1,3,7]

SIM

→ Pulso fino/cheio
→ Rápido/Lento
→ Simétrico?

NÃO

→ Mais lesões? Pulso central?
→ Ver pele (temperatura/cor/humidade)
→ Tempo de Preenchimento Capilar (< ou > 2 seg)
→ Hemorragias?
→ Verificar cintura pélvica
→ Colocação CVP + Terapêutica
- Avaliar:
  - Freq. Cardíaca
  - Tensão Arterial

D — Disability

Pupilas [1,3,7]

- Tamanho
- Simetria
- Reatividade

Estado de Consciência [1,3,7] (vigil/sonolência/estupor/coma)

- Escala de Coma de Glasgow
- Resposta motora (força/mobilização)

Glicémia Capilar [1,3,7]

E — Exposure

Realizar exame céfalo-caudal [1,3,5,7]

- Lesões
- Edemas
- Cicatrizes
- Feridas
- Punções
- Sinais de infeção

Verificar exposição [1,3,7]

- Temperatura
- Lesões ocultas
- Preservar peças anatómicas

Aluna EMC-PSC Mafalda Veloso
Prof. Mestre Diana Vareta
Orientadora Enfª Rita Palmeiro

REFERÊNCIAS:

COMUNICAÇÃO E REGISTOS
NA SALA DE REANIMAÇÃO

PARÂMETROS VITAIS [1,3]
→ Frequência Respiratória
→ Frequência Cardíaca
→ Tensão Arterial
→ Temperatura
→ Dor (Escala Visual Analógica/Escala Numérica)

EXAME FÍSICO [3,5]
→ Avaliação Céfalo-Caudal
- Cabeça
- Tórax
- Abdómen
- Bacia/Períneo
- Extremidades
- Dorso
- Membros Inferiores

SINAIS DE GRAVIDADE [3,7]
Dor torácica · AEC · Sinais de choque · Insuficiência Cardíaca

Causas Reversíveis [3,7]
Os 5 H
→ Hipóxia
→ Hidrogénio (acidémia)
→ Hipotermia
→ Hipovolemia
→ Hipo(Hiper)caliémia

Causas Reversíveis [3,7]
Os 5 T
→ Tóxicos
→ Tensão (Pneumotórax)
→ Tamponamento Cardíaco
→ Trombose coronária
→ Trombose pulmonar

MARCAR TEMPOS! [3,7]

OXIGENOTERAPIA [3,4,7]
Manter SpO2-92-96%
Se DPOC SpO2-88-92%

REGISTAR MCDTs REALIZADOS [2,7]

COMUNICAÇÃO [2,6]
- Comunicação em loop fechado
- Registar intervenções em tempo real
→ **F:** Incluir a **família** assim que possível

Aluna EMC-PSC Mafalda Veloso
Prof. Mestre Diana Vareta

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Participação "*Eletrocardiografia para Enfermeiros: abordagem a taquicardias e bradicardias*"

TrofaSaúde

CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Mafalda Rodrigues Veloso

participou no Webinar **"Eletrocardiografia para Enfermeiros: abordagem nas taquicardias e bradicardias"** realizado no dia **15 de outubro de 2025**, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova
Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Certificado emitido automaticamente.

ANEXO II – Certificado de Participação "*Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe*"

Certifica-se que **Mafalda Rodrigues Veloso**, nascido(a) em 17/12/1998, com o número de identificação civil ****5176, participou no Webinar

// GESTÃO E LIDERANÇA EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CASTÁSTROFE

que decorreu em 29/01/2024, com a duração de 8 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 29 de janeiro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira

ANEXO III – Certificado de Conclusão de curso "*Via Aérea Avançada para Enfermeiros*"

Certifica-se que **Mafalda Rodrigues Veloso**, nascido(a) em 17/12/1998, com o número de identificação civil ****5176, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// VIA AÉREA AVANÇADA PARA ENFERMEIROS

que decorreu em 29/05/2023, com a duração de 8 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 29 de maio de 2023

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira

Certificado nº 23037806

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

ANEXO IV – Certificado de Participação "*Atualizações de 2025 no suporte avançado de vida*"

TrofaSaúde

CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Mafalda Veloso

participou no Webinar **"Atualizações de 2025 no suporte avançado de vida"** realizado no dia **22 de outubro de 2025**, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Certificado emitido automaticamente.

ANEXO V – Certificado de Participação "*Sofrimento Psíquico: compreender a dor que não se vê*"

TrofaSaúde

CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Mafalda Veloso

participou no Webinar **"Sofrimento Psíquico: compreender a dor que não se vê"** realizado no dia **21 de outubro de 2025,** com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Certificado emitido automaticamente.

ANEXO VI – Certificado de Participação "*Salvamento Aquático do Resgate ao Tratamento*"

Certifica-se que **Mafalda Rodrigues Veloso**, nascido(a) em 17/12/1998, com o número de identificação civil ****5176, participou no seminário

// SALVAMENTO AQUÁTICO DO RESGATE AO TRATAMENTO

que decorreu em 03/10/2024, com a duração de 4 horas.

Porto Salvo, 3 de outubro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira

Certificado nº 241937201

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

ANEXO VII – Certificado de Participação "*EU MODEX project*"

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Attended in the
EU MODEX COMBINE EXERCISE
USAR-EMT PORTUGAL 2025
as Role-player
held on

27 – 31 January 2025

MAFALDA RODRIGUES VELOSO

European-scale exercise under the EU MODEX project, part of the European Civil Protection Mechanism organised by the Guarda Nacional Republicana (GNR), the Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) and the EU MODEX European Consortium.
Participation of international Urban Search and Rescue (USAR) and Emergency Medical Teams (EMT), and prestigious entities such as the European Civil Protection Mechanism (UCPM) and the World Health Organisation (WHO - EMT Initiative).

Venue Manager
José Ricardo Gomes Rodrigues
Major-general da GNR

Venue Manager Support
Sérgio Dias Janeiro
Presidente do INEM

GNR GUARDA NACIONAL REPUBLICANA

Funded by the European Union

INEM

ANEXO VIII – Certificado de Formação Profissional "*Suporte Básico de Vida Adulto e Desfibrilhação Automática Externa (SBV-DAE)*"

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A Egas Moniz Cooperativa de Ensino Superior CRL, certifica que Margarida Rodrigues Veloso participou com aproveitamento no Curso de Suporte Básico de Vida Adulto e Desfibrilhação Automática Externa (SBV-DAE) realizado em 09/07/2025 com uma carga horária de 7 horas.

Este curso teve como objetivo capacitar os participantes para identificar e atuar em situações de paragem cardiorrespiratória, utilizando técnicas de suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa, conforme as diretrizes mais recentes.

Emitido em

Caparica, 24/07/2025.

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE

INEM ENTIDADE ACREDITADA

ANEXO IX – Certificado de Participação "*Capacitar para o (Im)provável: Gestão de Recursos em Emergência Médica e Catástrofe*"

Certifica-se que **Mafalda Rodrigues Veloso**, nascido(a) em 17/12/1998, com o número de identificação civil ****5176, participou no webinar

// CAPACITAR PARA O (IM)PROVÁVEL: GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE

que decorreu em 20/12/2024, com a duração de 8 horas .

Porto Salvo, 20 de dezembro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira

Certificado nº 242611540

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

ANEXO X – Certificado de Participação Masterclass "*Paragem Cardiorrespiratória Traumática*"

Certifica-se que **Mafalda Rodrigues Veloso**, nascido(a) em 17/12/1998, com o número de identificação civil ****5176, participou na Masterclass.

// Paragem Cardiorrespiratória Traumática

que decorreu em 27/03/2025, com a duração de 2 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 27 de março de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira

Certificado nº 251185189

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

ANEXO XI – Certificado de Participação "*Transporte Aéreo do Doente Crítico*"

Certifica-se que **Mafalda Rodrigues Veloso**, nascido(a) em 17/12/1998, com o número de identificação civil ****5176, participou no seminário

// TRANSPORTE AÉREO DO DOENTE CRÍTICO

que decorreu em 06/05/2024, com a duração de 3 horas.

Porto Salvo, 6 de maio de 2024

Pedro Caldeira

Pedro Caldeira

Certificado nº 241277103

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

ANEXO XII – Certificado de Participação "*(Re)Agir: Quando o Impossível Acontece – Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe*"

Certifica-se que **Mafalda Rodrigues Veloso**, nascido(a) em 17/12/1998, com o número de identificação civil ****5176, participou no seminário

// (RE)AGIR:
QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE

GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

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

Porto Salvo, 23 de janeiro de 2026

Diretor Pedagógico e dos Serviços de Emergência

Pedro Caldeira

Certificado nº 260701554

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

ANEXO XIII – Certificado de Participação "*Controlo de Hemorragia em Trauma*"

Certifica-se que **Mafalda Rodrigues Veloso**, nascido(a) em 17/12/1998, com o número de identificação civil ****5176, concluiu com aproveitamento o seminário

// CONTROLO DE HEMORRAGIA EM TRAUMA

que decorreu em 11/03/2024, com a duração de 3 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 11 de março de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira

Certificado nº 240619265

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

ANEXO XIV – Certificado de Participação "*Cuidados de ESMP a populações vulneráveis: Pessoas em situação de emergência e catástrofe*"

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MAFALDA RODRIGUES VELOSO

membro nº **101910** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Cuidados de ESMP a populações vulneráveis: Pessoas em situação de emergência e catástrofe"**, realizado **no dia 17 de Outubro de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Lisboa, 17 de Outubro de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Luís Filipe Barreira

ANEXO XV – Certificado de Participação "*Webinar - Catástrofe*"

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MAFALDA RODRIGUES VELOSO

membro nº **101910** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Catástrofe"**, realizado **no dia 23 de Setembro de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Lisboa, 23 de Setembro de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Luís Filipe Barreira

ANEXO XVI – Certificado de Participação "*EaQ - Simulação IN SITU no serviço de Urgência - da Teoria à Ação*"

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MAFALDA RODRIGUES VELOSO

membro nº **101910** desta Ordem, participou no(a) **"EaQ - Simulação IN SITU no serviço de Urgência - da Teoria à Ação"**, realizado **no dia 6 de Novembro de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Porto, 6 de Novembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO XVII – Certificado de Participação "*EaQ - Contextos para a Prática Clínica de Excelência*"

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MAFALDA RODRIGUES VELOSO

membro nº **101910** desta Ordem, participou no(a) **"EaQ - Contextos para a Prática Clínica de Excelência"**, realizado **no dia 12 de Março de 2026**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Porto, 12 de Março de 2026

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO XVIII – Certificado de Participação "*Enfermagem Forense – Dever Legal e Responsabilidade na Proteção da Vítima*"

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MAFALDA RODRIGUES VELOSO

membro nº **101910** desta Ordem, participou no(a) "**WEBINAR: Enfermagem Forense – Dever Legal e Responsabilidade na Proteção da Vítima**", realizado **no dia 8 de Julho de 2025**, com duração total de **2h00**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Coimbra, 8 de Julho de 2025

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Valter Amorim

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO XIX – Certificado de Participação "*O papel do Enfermeiro no Seguimento da Pessoa em Situação Crítica - Consulta de Follow-up*"

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MAFALDA RODRIGUES VELOSO

membro nº **101910** desta Ordem, participou no(a) **"WEBINAR: O papel do Enfermeiro no Seguimento da Pessoa em Situação Crítica - Consulta de Follow-up"**, realizado **no dia 14 de Outubro de 2025**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma Cisco Webex.**

Coimbra, 14 de Outubro de 2025

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Valter Amorim

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO XX – Certificado de Participação "*ABCDE na Urgência e Emergência: Avaliação Sistemática da Pessoa Crítica*"

CERTIFICADO

Certifica-se que **Mafalda Rodrigues Veloso** assistiu à atividade científica - **Webinário** - sobre o tema "**ABCDE na Urgência e Emergência: Avaliação Sistemática da Pessoa Crítica**", com o(a) Orador(a) Especialista: Filipe Franco, tendo decorrido no dia 15 de abril de 2026.

16 de abril de 2026

Ref: 202617853

A Direção Pedagógica

Drª. Adélia Magalhães

Entidade Formadora Certificada dgert

ANEXO XXI – Certificado de Presença "*Congresso Internacional do Doente Crítico 2025*"

#DC '25 CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO

Certificado

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

Mafalda Veloso

participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025, com a duração de 13 horas e que decorreu nos dias 7 e 8 de novembro, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.

O Presidente da APE

Lisboa, 10 de Novembro de 2025

João José Santos Fernandes

WORKSHOPS | MASTERCLASSES IPS SETÚBAL 6, 7, 8 NOV

SAUDE ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICO SETÚBAL

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

ANEXO XXII – Certificado de Presença na Masterclass "*Ventilação Mecânica no Doente Crítico*"

#DC '25 CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO

Certificado

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

Mafalda Veloso

participou como formando na Masterclass **Ventilação Mecânica no Doente Crítico,** com a duração de 2 horas, inserida no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025, que decorreu nos dias 7 e 8 de novembro de 2025, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.

O Presidente da APE

Lisboa, 10 de Novembro de 2025

João José Santos Fernandes

WORKSHOPS | MASTERCLASSES IPS SETÚBAL 6, 7, 8 NOV

SAÚDE ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICO SETÚBAL

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

ANEXO XXIII – Certificado de Presença "*International Congress on Emergency (ICE25)*"

ICE INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY

www.apemerg.pt LISBOA 4 abril 2025

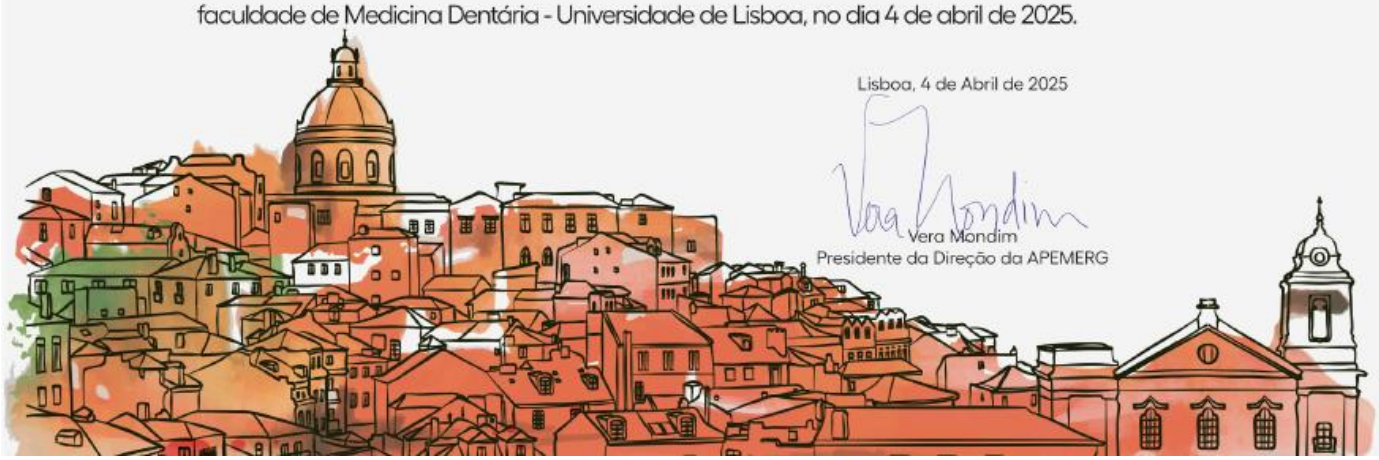
Patrocinador Gold INTERSURGICAL PORTUGAL

Patrocinadores Silver MC Medical by Palex

clinifar

Certifica-se que **MAFALDA RODRIGUES VELOSO**

participou no INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY (ICE25) by Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência, realizado no Auditório Prof. Armando Simões dos Santos, faculdade de Medicina Dentária - Universidade de Lisboa, no dia 4 de abril de 2025.



Lisboa, 4 de Abril de 2025

Vera Mondim

Presidente da Direção da APEMERG