



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Prática Simulada de Suporte Avançado de Vida
– Treino de Equipa Especializada**

Daniel Santos Batista Gonçalves

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Prática Simulada de Suporte Avançado de Vida
– Treino de Equipa Especializada**

Daniel Santos Batista Gonçalves

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

PRÁTICA SIMULADA DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA – TREINO DE EQUIPA ESPECIALIZADA

Daniel Santos Batista Gonçalves

**Relatório de Estágio elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica**

Juri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Orientador: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Data: 06 de novembro de 2023

“A caring, involved stance is the prerequisite for expert, creative problem solving. This is because the most difficult problems to solve require perceptual ability as well as conceptual reasoning, and perception requires engagement and attentiveness” (Benner, 1984, p. 214).

AGRADECIMENTOS

A ti, **Nádia**, pelo amor, entreaajuda, companheirismo e compreensão desde o primeiro dia. O teu apoio constante fez com que continuasse a percorrer este caminho sem hesitações. Obrigado por seres o meu pilar e por estares ao meu lado todos os dias! Que continuemos a sonhar juntos!

À minha **família**, em particular aos **meus pais**, por acreditarem sempre em mim, e pela força e incentivo constantes. Obrigado pelo vosso amor e apoio incondicional!

A vocês, **Elisabete e António**, pelo carinho, suporte e motivação constantes.

A vocês, **meus amigos**, pela amizade, pelo apoio e pela vossa presença constante. Os momentos de descontração que partilhámos foram essenciais para que tudo se tenha tornado mais fácil.

A vocês, **colegas de turma**, pela união, solidariedade e boa disposição. Partilhámos várias conquistas e terminámos este caminho todos juntos.

A todos **enfermeiros** que me acolheram na equipa do SMI, fazendo com que me sentisse em casa e potenciando a minha aprendizagem através da partilha do seu conhecimento.

Ao todo o corpo docente, em particular à **Professora Doutora Maria Alice Ruivo**, pelo apoio, orientação, disponibilidade e motivação demonstradas ao longo de todo o percurso.

A todas as **pessoas e famílias** de quem cuidei ao longo do percurso, por me incentivarem a melhorar a cada dia que passa.

Sem todos vós, este caminho não seria possível...

Sou-vos eternamente grato!

RESUMO

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em situação crítica culmina na sua última etapa, o Relatório de Estágio Final. O mesmo pretende demonstrar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem, bem como das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em situação crítica, ao longo do Estágio Final.

A evidência demonstra que a prática eficaz de Suporte Avançado de Vida é associada ao aumento da sobrevivência das vítimas de Paragem Cardiorrespiratória. É essencial que os profissionais de saúde sejam treinados para atuar nestas situações.

No âmbito do Estágio Final, realizou-se um Projeto de Intervenção, assente na Metodologia de Projeto e fundamentado com recurso ao Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência. O projeto pretendeu melhorar a capacidade dos profissionais para providenciarem Suporte Avançado de Vida em situações de Paragem Cardiorrespiratória. Recorreu-se à prática simulada como meio que promove o desenvolvimento das competências da equipa nesse contexto.

Adicionalmente, objetivou-se proceder à análise reflexiva e fundamentada do processo formativo de aquisição das competências, contemplando as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final e o seu papel para este processo.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Suporte Avançado de Vida; Prática Simulada; Competências; Equipa de Emergência Médica

ABSTRACT

The Master's degree in Medical-Surgical Nursing – The Person in Critical Situation culminates in its last stage, the Final Internship Report. This paper aims to demonstrate the process of acquisition and development of Master's in Nursing competences, as well as the Common Competences of the Specialist Nurse and the Specific Competences of the Medical-Surgical Specialist Nurse, during said Internship.

The evidence demonstrates that the effective practice of Advanced Life Support is associated with the increase of survival rates in Cardiopulmonary Arrest victims. It is essential that healthcare professionals are trained to perform in these situations.

During the Final Internship, an Intervention Project, based on Project Methodology and grounded on the Model for Evidence-Based Practice Change, was conducted. The project aimed to improve healthcare professionals' skills in providing Advanced Life Support in Cardiopulmonary Arrest situations. Simulation training was used as a mean to promote the development of the team's skills in that context.

Additionally, the aim was to perform a reflexive and reasoned analysis of the formative process of acquisition of competences, contemplating the activities developed during the Internship and their role in this process.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Advanced Life Support; Simulation Training; Skills; Hospital Rapid Response Team

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

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

ACS – *American College of Surgeons*

AESES - Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

AHA - *American Heart Association*

APA – *American Psychological Association*

AR – Assembleia da República

CHD – Centro Hospitalar Distrital

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EF – Estágio Final

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ERC – *European Resuscitation Council*

ESCID - Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

ESS – Escola Superior de Saúde

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

GRR – Grupo de Reanimação e Ressuscitação

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação atual, *Background* (Antecedentes), Avaliação, Recomendações

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

ITLS – *International Trauma Life Support*

MS – Ministério da Saúde

NAS – *Nursing Activity Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OT – Orientação Tutorial

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PE – Projeto de Estágio

PI – Projeto de Intervenção

PiCCO - *Pulse index Continuous Cardiac Output*

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção

RASS - *Richmond Agitation Sedation Scale*

RCE – Recuperação de Circulação Espontânea

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SBV – Suporte Básico de Vida

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UE – Universidade de Évora

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	19
1.1 MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA DE JUNE H. LARRABEE.....	20
1.2 “DE INICIADO A PERITO” DE PATRICIA BENNER.....	23
1.3 A PRÁTICA SIMULADA DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA.....	26
2. ESTÁGIO FINAL	33
2.1 INSTITUIÇÃO – CENTRO HOSPITALAR DISTRITAL	35
2.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	36
2.3 PROJETO DE INTERVENÇÃO: PRÁTICA SIMULADA DE SAV – TREINO DE EQUIPA ESPECIALIZADA.....	42
2.3.1. Diagnóstico de Situação	42
2.3.2. Objetivos do Projeto de Intervenção	45
2.3.3. Planeamento do Projeto de Intervenção.....	45
2.3.4. Execução do Projeto de Intervenção	50
2.3.5. Avaliação do Projeto de Intervenção e Divulgação dos Resultados	53
2.3.6. Perspetivas para o Futuro	55
3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	58

3.1	COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	60
3.2	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	75
CONCLUSÃO		89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		92
ANEXOS		99
APÊNDICES		107

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Grelhas de Avaliação de Sessão Formativa	100
---	------------

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Resumo do Artigo de Investigação “A Influência da Prática Simulada no Desenvolvimento de Competências de Suporte Avançado de Vida: <i>Scoping Review</i> ”	108
Apêndice II - Matriz SWOT do Projeto de Intervenção.....	111
Apêndice III – Plano de Sessão	113
Apêndice IV - Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção.....	119
Apêndice V - Casos e Grelhas de Avaliação da Prática Simulada de Suporte Avançado de Vida	121

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 - Competências de Mestre e Competências Comuns de Enfermeiro Especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 60

Quadro n.º 2 - Competências de Mestre e Competências Comuns de Enfermeiro Especialista do domínio da melhoria contínua da qualidade 62

Quadro n.º 3 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista do domínio da gestão dos cuidados 68

Quadro n.º 4 - Competências de Mestre e Competências Comuns de Enfermeiro Especialista do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 72

INTRODUÇÃO

O presente relatório realiza-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Relatório, inserida no 2º Ano e 1º Semestre do VI Curso de Mestrado em Enfermagem – a Pessoa em Situação Crítica, lecionado pela Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (AESES), a decorrer na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) no ano letivo 2022/2023. Este trabalho objetiva a obtenção do grau de Mestre na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), mediante prova pública e respetiva aprovação (AESES, 2022).

O relatório compreende a “descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio efetuado numa instituição/entidade acolhedora” (AESES, 2022, p.2). O Mestrado em Enfermagem – a Pessoa em Situação Crítica contemplou, desta forma, a realização de um estágio em contexto de prática clínica, constituindo o mesmo o objeto de foco deste relatório.

O Estágio Final (EF) realizou-se no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um Centro Hospitalar Distrital e compreendeu a duração de 336 horas de contacto em contexto clínico, sob orientação clínica de duas Enfermeiras Especialistas em EMC-PSC, com supervisão pedagógica da Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo. Durante o EF, preconizou-se a realização de atividades que contribuíssem para o desenvolvimento das competências de Mestre previstas no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016), bem como o desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista contempladas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (OE, 2019a), e as competências específicas de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, descritas no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (OE, 2018).

No sentido de planear as atividades a realizar, elaborámos um Projeto de Estágio (PE) que as descreveu, relacionando-as com as competências a desenvolver e com os objetivos traçados para o EF, em concordância com as Enfermeiras orientadoras e a supervisora pedagógica. No

mesmo documento figuraram os indicadores de avaliação identificados para a demonstração do citado desenvolvimento de competências.

No âmbito do EF, foi igualmente previsto o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção (PI) que desse resposta a uma necessidade encontrada no local de realização do estágio. Com este objetivo em mente, selecionámos a temática “**Prática Simulada de Suporte Avançado de Vida – Treino de Equipe Especializada**”, uma vez que foi uma das áreas temáticas mais identificadas pelos profissionais do serviço como pertinente. A temática vai também ao encontro do nosso interesse e experiência, pelo contacto frequente com a prática de Suporte Avançado de Vida (SAV) que desenvolvemos durante a nossa atividade profissional. No sentido de otimizar o processo de treino e dirigir a intervenção para os profissionais que mais beneficiam do mesmo, a intervenção incidiu sobre os Enfermeiros que desempenham funções de elemento da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI).

As entidades de referência que emanam as *guidelines* para a prática do SAV, como a *European Resuscitation Council* (ERC) e a *American Heart Association* (AHA), têm vindo a referir a necessidade de implementação de novas estratégias para complementar a formação praticada atualmente, com o objetivo de otimizar a retenção da informação e a manutenção das competências dos profissionais (AHA, 2020; ERC, 2021).

Na sua declaração científica, a AHA reconhece que as competências dos profissionais se vão deteriorando ao longo do tempo, particularmente quando estes não experienciam situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) com frequência na sua prática diária (AHA, 2018). A mesma entidade recomenda a utilização destas estratégias de treino eficazes e regulares nas instituições, uma vez que estas podem melhorar os *outcomes* para as vítimas de PCR (AHA, 2018). Esta posição por parte das entidades suporta a escolha da temática.

O PI realizado no âmbito do EF foi desenvolvido com base na metodologia de projeto. Esta metodologia objetiva a resolução de uma problemática encontrada, através da conceção de um plano de trabalho, criado para o efeito. Deste modo, esta metodologia permite perspetivar as várias operações necessárias para a resolução do problema, apoiando-se na investigação como meio de contextualização e aquisição de conhecimento aplicável à prática (Ferrito, et al., 2010).

Como contextualização para o PI e para a análise crítica das competências a realizar, foi selecionado o Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência de June H. Larrabee

(2009). Com o mesmo propósito, o conceito “De Iniciado a Perito” de Patricia Benner (1984) foi igualmente abordado.

Categoricamente, foram propostos os seguintes objetivos para este relatório:

Objetivo Geral:

- Demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre e Especialista em EMC-PSC.

Objetivos específicos:

- Contextualizar o desenvolvimento de um PI realizado no âmbito do EF;
- Relatar o processo de implementação do PI;
- Realizar a análise crítica e reflexiva do percurso do EF, que contribuiu para a aquisição das competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em EMC-PSC.

O presente relatório encontra-se assim dividido em quatro capítulos principais. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico e concetual direcionado para a área temática escolhida para o PI, no qual se apresentam o modelo e conceitos teóricos selecionados para o contextualizar, bem como a evidência científica recolhida que o suporta. O modelo e conceitos teóricos constituíram, de igual modo, uma base para a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências, apresentada em capítulo posterior.

No segundo capítulo apresentam-se as informações relativas ao contexto onde se realizou o EF, com uma breve descrição da instituição e do serviço onde o mesmo se desenvolveu, bem como as informações relativas à aplicação da metodologia de projeto implicada no desenvolvimento do PI.

Posteriormente, no terceiro capítulo, realiza-se a análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, onde se abordam as atividades realizadas e a justificativa para a sua aquisição.

No final do relatório contempla-se a conclusão, na qual se elabora uma síntese final do trabalho e se descrevem as limitações encontradas e as recomendações para o futuro, no que concerne ao desenvolvimento deste tipo de projetos na mesma área temática.

É importante declarar que este relatório é apenas referente ao EF desenvolvido, uma vez que foi obtida a creditação no Estágio do 1º ano e 2º semestre (Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica), através do processo de validação de competências. Desenvolvemos a nossa atividade profissional num serviço de Urgência Geral há mais de 12 anos, o que contribuiu para a aquisição das competências clínicas especializadas pressupostas no Mestrado.

Este relatório foi elaborado de acordo com a Norma de Referências Bibliográficas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição, e foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A Enfermagem tem um papel cada vez mais importante na resposta aos novos desafios encontrados na saúde, através do desenvolvimento de novos conhecimentos e da transposição da evidência científica encontrada para a prática de cuidados, com o objetivo de melhorar, cada vez mais, os ganhos em saúde (Grady, 2017, Powell, 2015).

Os modelos teóricos em Enfermagem, enquanto elementos orientadores da prática, contribuem para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que permitem aos Enfermeiros articular a ação no cuidado à pessoa com a razão subjacente a essa mesma ação. A investigação científica demonstra que o efeito da prática orientada por modelos teóricos é útil para a melhoria da qualidade de vida, auto-eficácia, auto-cuidado e redução do stresse das pessoas que necessitam de cuidados (Younas & Quenell, 2019).

A adoção de uma prática baseada na evidência é igualmente fulcral para a obtenção de melhores resultados em saúde, quer em *outcomes* positivos para as pessoas que são alvo dos cuidados, quer em gestão eficaz e potenciais retornos de investimento por parte das instituições (Connor, et al., 2023).

Apresenta-se, seguidamente, o “Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência”, de June H. Larrabee (2009), que se considera ser um modelo teórico aplicável à temática selecionada. De forma complementar, o conceito “de Iniciado a Perito”, apresentado por Patricia Benner (1984), é abordado pela sua relação com a experiência vivenciada pelos Enfermeiros na prática, fator este que também se relaciona com a mesma temática. Posteriormente, salienta-se um conjunto de conceitos e definições que a fundamentam. O modelo teórico e os conceitos citados suportam o processo de desenvolvimento e implementação do PI e contribuem equitativamente para o enriquecimento da análise das competências adquiridas ao longo do EF.

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

Em 2009, June H. Larrabee procedeu à revisão do seu modelo original de 1999, criado em conjunto com Mary Rosswurm, com o nome de “Modelo para a Mudança para a Prática Baseada na Evidência” (*Model for Change to Evidence-Based Practice*). O modelo revisto passou a designar-se “Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência” (*Model for Evidence-Based Practice Change*) no sentido de destacar a palavra Mudança, simbolizando que a mudança não é única e singular, mas sim constante e abrangente (Larrabee, 2009).

Originalmente, este modelo teórico foi suportado pela literatura relacionada com a prática baseada na evidência, investigação, linguagem padronizada e teoria da mudança. O mesmo consiste numa orientação para efetivar um processo de desenvolvimento e integração de mudanças na prática atual, através da realização de atividades previstas em seis diferentes etapas. Este modelo sustenta mudanças derivadas da associação dos dados quantitativos e qualitativos, da perícia clínica e da evidência contextual (Rosswurm & Larrabee, 1999). Na sua revisão, Larrabee manteve a estrutura de seis etapas, semelhante à anterior, embora tenha implementado algumas alterações, com a combinação das duas primeiras etapas numa única etapa e a divisão da terceira etapa em duas etapas diferentes (Larrabee, 2009). As novas etapas formuladas encontram-se descritas em seguida:

Etapas 1 – “Avaliar a necessidade de mudança na prática” (*Assess the need for change in practice*)

Esta etapa preconiza a realização de múltiplas atividades: a identificação e inclusão das partes interessadas na resolução do problema encontrado na prática; A análise dos dados internos da prática atual e a sua comparação com os dados externos, objetivando reconhecer a necessidade da mudança na prática; A identificação do problema na prática, bem como a sua associação às intervenções e resultados. As equipas podem utilizar múltiplos instrumentos para identificar corretamente o problema e a necessidade de mudança, nomeadamente a utilização de instrumentos de recolha de dados, instrumentos de controlo de processos estatísticos aplicáveis e as ferramentas de decisão em equipa, como o *brainstorming* e a votação múltipla (Larrabee, 2009).

Etapa 2 – “Encontrar a melhor evidência” (*Locate the best evidence*)

Nesta etapa, a identificação dos tipos e fontes de evidência é essencial, bem como a revisão dos conceitos, o planejamento de pesquisa e a execução da mesma. Na fase de planejamento, sugere-se a organização da informação em tabelas ou matrizes e a obtenção de instrumentos para análise crítica dos estudos encontrados (Larrabee, 2009).

Etapa 3 – “Analisar criticamente a evidência” (*Critically analyze the evidence*)

A terceira etapa prevê a apreciação crítica da evidência encontrada, realizada através da aplicação de instrumentos específicos para o efeito. A qualidade desta evidência deve ser igualmente aferida. Posteriormente, realiza-se a síntese das melhores evidências e avaliam-se os riscos, benefícios e a viabilidade da implementação da mudança na prática (Larrabee, 2009).

Etapa 4 – “Projetar a mudança na prática” (*Design practice change*)

A definição da proposta de mudança da prática e a identificação dos recursos necessários são atividades a efetivar nesta etapa. O planejamento da implementação da mudança e o planejamento da avaliação da intervenção piloto devem também ser desenhados. Complementarmente, podem ser utilizadas estratégias promotoras de mudança como as sessões de formação, auditoria e *feedback*, e o recurso a líderes de opinião (Larrabee, 2009).

Etapa 5 – “Implementar e avaliar a mudança na prática” (*Implement and evaluate change in practice*)

Na quinta etapa, indica-se a implementação da intervenção piloto, bem como a avaliação dos processos inerentes à mesma, dos seus resultados e custos. Após este processo, formulam-se as conclusões e comunicam-se as recomendações para o futuro (Larrabee, 2009).

Etapa 6 – “Integrar e manter a mudança na prática” (*Integrate and maintain change in practice*)

Nesta etapa, apresentam-se as recomendações às partes interessadas na resolução do problema e assegura-se a integração das novas práticas no padrão de práticas atual. Os indicadores do processo e dos resultados devem ser monitorizados, possibilitando posteriormente a disseminação dos resultados do projeto (Larrabee, 2009).

Larrabee (2009) menciona ainda que, embora se preconize que os investigadores progridam nas etapas do modelo, os mesmos poderão regressar a atividades próprias de etapas

anteriores, caso encontrem dificuldades ou obstáculos no processo. Desta forma, o processo permite uma adaptação por parte dos profissionais, com a possibilidade de alterar a forma como se aborda o problema identificado, refinar a pesquisa de evidência ou até ajustar a proposta de mudança em função dos resultados obtidos.

Quando se abordam modelos teóricos em Enfermagem, é igualmente crucial entender os **conceitos metaparadigmáticos** que contextualizam os mesmos modelos. Os metaparadigmas são definidos como os conceitos globais que diferenciam os fenómenos de interesse para a disciplina de Enfermagem, bem como a relação existente entre estes. A sua função é identificar o objeto de estudo da disciplina, pelo que são conceitos notoriamente abstratos e não pretendem providenciar uma direção objetiva para a prática ou para a investigação (Fawcett, 2005a). O modelo selecionado para contextualizar este relatório (bem como o PI) não apresenta metaparadigmas definidos à luz do próprio, uma vez que é uma **teoria de médio alcance**, com características mais concretas e dirigidas (Fawcett, 2005b). Não obstante, considerámos importante mencionar os conceitos metaparadigmáticos evidenciados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) nos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), reiterados posteriormente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica emanados em pela OE em 2017 e pelos quais nos regemos enquanto Enfermeiros em Portugal. Os conceitos metaparadigmáticos referenciados são: **saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem**. Deste modo, a OE refere que:

Saúde é definida como “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença” (OE, 2001, p. 8).

A **Pessoa** é “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. (...) a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível” (OE, 2001, p. 8-9). As pessoas interagem a todo o momento com o ambiente e procuram constantemente melhores níveis de saúde (OE, 2001).

O **ambiente** é “constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2001, p. 9-10). Os cuidados de Enfermagem devem ser, desta forma, focados na relação complexa que existe entre a pessoa e o ambiente (OE, 2001).

Os **cuidados de Enfermagem** são centrados “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2001, p.10). Os enfermeiros e as pessoas “possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (OE, 2001, p.10), devendo o processo de cuidados respeitar cada uma destas particularidades (OE, 2001). Nesse contexto, os cuidados de Enfermagem pretendem garantir “a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2001, p.11), com integração das capacidades da pessoa e com a valorização do seu papel para esse efeito, objetivando o mais alto nível de satisfação da mesma (OE, 2001).

Assim, constata-se que o modelo teórico selecionado orienta a prática diária de cuidados, enquanto modelo teórico *per se*, e alia esta característica à ênfase e integração da evidência enquanto base para os cuidados. No que concerne à temática do presente relatório, pode verificar-se que a evidência científica produzida recentemente orienta o desenvolvimento das *guidelines* mais atuais para a prática de SAV e a sua revisão constante. A evidência também fornece dados sobre a eficácia e a aplicabilidade da simulação como meio de desenvolvimento de competências na área. O PI foi desenvolvido com a linha orientadora do modelo teórico de Larrabee (2009) em mente, beneficiando assim da influência e objetivando aplicar a teoria à prática.

1.2 “DE INICIADO A PERITO” DE PATRICIA BENNER

Patricia Benner (1984) evidenciou o contributo da experiência adquirida ao longo da prática de Enfermagem para o desenvolvimento do conhecimento prático ("*knowing how*"). Este tipo de conhecimento diferencia-se do conhecimento teórico ("*Knowing that*") pela integração da experiência vivenciada durante a prática de cuidados e pelo desenvolvimento de estudos científicos e investigação sobre a teoria. Este conhecimento prático encontra-se, portanto, relacionado diretamente com a perícia, uma vez que molda a tomada de decisão dos profissionais, tornando-a mais eficaz e dirigida à resolução do problema (Benner, 1984).

A mesma autora adaptou à Enfermagem um modelo de aquisição de competências desenvolvido por Dreyfus & Dreyfus em 1980, definindo domínios e competências através de um processo de entrevistas e observações de Enfermeiros de vários níveis de proficiência. Com

este método, que se baseia nos relatos e nas situações práticas observadas, foram identificadas trinta e uma competências. Estas foram agrupadas de acordo com a relação da sua função, intenção e significado, e encontram-se inseridas nos seguintes domínios da prática da Enfermagem (Benner, 1984):

- **O papel de ajuda**, que inclui competências que se relacionam com a promoção do conforto, a promoção da autonomia e o estabelecimento da relação terapêutica inerente aos cuidados;
- **A função de educação-orientação**, relacionada com o estabelecimento de objetivos em conjunto com a pessoa, com o apoio nas mudanças de estilos de vida e a preparação das pessoas para a aprendizagem;
- **A função de diagnóstico e vigilância da pessoa**, relativa à avaliação das situações e à previsão de resultados em saúde;
- **Gestão eficaz de situações que se alteram rapidamente**, respeitante à gestão de cuidados em situações de crise, bem como dos recursos necessários;
- **Ministrar e monitorizar intervenções e regimes terapêuticos**, referente à prevenção de intercorrências aquando da hospitalização;
- **Monitorizar e assegurar a qualidade dos cuidados**, incluindo a garantia da segurança, melhoria da qualidade e colaboração com os restantes profissionais;
- **Competências de trabalho organizacional**, que se relacionam com a coordenação, estabelecimento de prioridades e planeamento da continuidade dos cuidados.

O trabalho de Benner adota, neste sentido, uma abordagem mais holística e hermenêutica, focando-se no entendimento do julgamento clínico e na aprendizagem experiencial, em detrimento de métodos mais gnosiológicos e analíticos, apenas baseados nos dados ou informações obtidas (Brykczynski, 2013).

A autora supracitada identificou, através do modelo mencionado anteriormente, quais as características e os comportamentos nos cinco níveis distintos de desenvolvimento dos Enfermeiros (principiante (ou iniciado), principiante avançado, competente, proficiente e perito) (Benner, 1984). Os níveis determinados encontram-se descritos em seguida:

Os Enfermeiros que necessitam de orientação na sua prática, através da definição de normas ou objetivos a realizar, e que não possuem qualquer experiência na área são designados de **principiantes** (Benner, 1984).

No estadio de **principliante avançado**, os Enfermeiros têm um desempenho que pode ser considerado aceitável, uma vez que já experienciaram situações reais suficientes para identificar semelhanças noutras situações idênticas. Muitas vezes, estes Enfermeiros são acompanhados por elementos com mais experiência, no sentido de os ajudar na sua prática (Benner, 1984).

Os Enfermeiros do nível **competente** são caracterizados por serem capazes de se aperceber das suas ações e formulam um planeamento adequado, do qual se encontram cientes. Os Enfermeiros competentes reconhecem melhor as potenciais complicações que podem surgir em determinada situação. Considera-se que os elementos com dois ou três anos de experiência se inserem neste nível (Benner, 1984).

No nível **proficiente**, os Enfermeiros são capazes de se aperceber das situações de uma forma mais holística, menos isolada, e agem de acordo com a sua interpretação. A perceção global sobre a situação permite-lhes melhorar os seus processos de decisão e identificar os aspetos mais importantes a resolver. Considera-se que os elementos com cinco anos de experiência se inserem neste nível (Benner, 1984).

Os Enfermeiros **peritos** compreendem cada situação de forma profunda, resolvendo os problemas com base na sua experiência prévia e de forma intuitiva. Estes elementos providenciam opiniões clínicas, gerem situações de elevada complexidade com mestria e são habitualmente considerados pelos seus pares como uma referência na área de intervenção. Os peritos procuram basear a sua prática na evidência e criar conhecimento, sendo reconhecidos como autoridades científicas (Benner, 1984).

Considera-se que este conceito se relaciona com temática selecionada pela ampla influência que a prática simulada de SAV tem sobre a aquisição do “conhecimento prático” supracitado. A simulação promove um ambiente de repetição sistemática de experiências de carácter prático, aumentando o número de vezes que o interveniente contacta com uma situação aproximada à realidade. Com a participação em diversos momentos de simulação e o aumento do tempo de experiência, os intervenientes desenvolvem perícia na área e otimizam a sua tomada de decisão nas situações reais que experienciam. Adicionalmente, as *guidelines* de SAV são emanadas por organizações que preveem a atuação com base na componente epistemológica (dados científicos recolhidos pela investigação), mas são criadas através da sua interpretação, o que resulta numa recomendação (componente hermenêutica) por parte de um conjunto de peritos na área, que chegam a um consenso.

Uniformemente, este modelo contextualiza a aquisição de competências ao longo do EF, uma vez que as mesmas se encontram intimamente relacionadas com as experiências vivenciadas ao longo do percurso. A envolvimento em oportunidades de aprendizagem de caráter prático é essencial para o desenvolvimento da perícia, aliando-se à procura do conhecimento na contribuição para a resolução otimizada e especializada dos problemas.

1.3 A PRÁTICA SIMULADA DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

A PCR constitui a cessação da função cardíaca, culminando na perda da circulação sanguínea. Este fenómeno pode ser reversível mediante assistência médica emergente. No entanto, sem esta intervenção, a PCR levará à morte da vítima (Jameson, et al., 2018).

Aproximadamente 1,2% dos adultos admitidos nos hospitais americanos sofrem eventos de PCR durante a sua estadia nas instituições. Destas pessoas, apenas 25,8% sobrevivem e, na sequência destes eventos, cerca de 82% das pessoas recebem alta hospitalar com boa condição funcional (AHA, 2020).

Em relação aos dados europeus, verifica-se que a incidência anual de eventos de PCR se encontra entre os 1,5 e os 2,8% por cada 1000 admissões hospitalares e que a taxa de sobrevivência após alta ou um mês de estadia varia entre os 15 e os 34% (ERC, 2021).

A sobrevivência e posterior recuperação após um evento de PCR dependem da implementação de um sistema complexo de medidas que objetiva o melhor resultado possível para as vítimas de PCR. A prevenção e o reconhecimento precoce das situações de PCR, a ativação do serviço médico de emergência, a aplicação imediata de medidas de ressuscitação de alta qualidade, a desfibrilhação de ritmos desfibrilháveis e os cuidados de suporte após recuperação de circulação espontânea (RCE) são fulcrais para a recuperação das destas vítimas (AHA, 2020).

Nesse contexto, a AHA sugere que, perante a identificação de um evento de PCR, uma pessoa leiga deva ativar o sistema de resposta de emergência e iniciar prontamente a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) da vítima, procurando otimizar as probabilidades de sobrevivência da mesma. Como tal, a entidade recomenda o investimento em programas de

formação sobre Suporte Básico de Vida (SBV) nas comunidades com o objetivo de aumentar a capacidade de colaboração dos cidadãos face a estes eventos (AHA, 2020).

A RCP de elevada qualidade inclui a execução de compressões cardíacas eficazes, com profundidade e frequência adequadas (entre 5 a 6 centímetros, com frequência de 100-120 compressões por minuto), com a minimização das pausas entre as mesmas e retorno do tórax à sua posição inicial através do alívio da pressão no mesmo entre compressões. A execução de RCP de elevada qualidade deve ser complementada com a administração de fármacos como a adrenalina, pelo que a evidência sugere que esta aumenta a probabilidade de sobrevivência, em particular no que concerne à PCR em ritmos não desfibrilháveis (AHA, 2020).

A desfibrilhação precoce, quando praticada em conjunto com a RCP de elevada qualidade, é essencial para a sobrevivência das vítimas, nos casos em que a PCR é causada por fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso (AHA, 2020).

No sentido de otimizar os *outcomes* para as vítimas de PCR, os profissionais devem saber reconhecer que estes eventos não são todos iguais, pelo que a gestão especializada deste tipo de situações é essencial. São exemplos destas especificidades a PCR na grávida e nas pessoas com alterações iónicas ou no período pós-cirúrgico por cirurgia cardíaca (AHA, 2020).

A AHA (2020) coloca ainda particular ênfase nos cuidados pós-PCR, considerando que os mesmos são uma componente essencial da cadeia de sobrevivência e requerem a implementação consistente de um sistema multidisciplinar abrangente e estruturado, com o objetivo de melhorar os resultados para as vítimas (AHA, 2020). Este processo deve contar com protocolos de gestão de temperatura para melhorar os *outcomes* a nível neurológico, sendo que o prognóstico neurológico deve ser estabelecido inicialmente e de forma precisa. Desta forma, é possível garantir que as pessoas com potencial de recuperação recebem os cuidados necessários. Nas vítimas que sobrevivem à PCR, é importante providenciar expectativas de recuperação e planos de sobrevivência que incluam tratamento, vigilância e reabilitação (AHA, 2020).

Neste sentido, é essencial que todos os profissionais de saúde das instituições sejam treinados para atuar em situações de PCR e providenciar posteriormente o suporte necessário aos sobreviventes destes eventos.

A utilização de um modelo de formação em SAV com recurso a avaliação dos profissionais ao longo do processo é recomendada. No entanto, os modelos de formação praticados

atualmente devem ser complementados com a inclusão de momentos de prática periódica. Estes momentos são particularmente úteis quando objetivam manter competências em áreas de difícil mestria, que beneficiam de automaticidade e em que a retenção da informação é crucial para o bom desempenho prático (AHA, 2020).

A evidência demonstra que a adoção deste tipo de iniciativas tem uma repercussão importante para a eficácia da execução do SAV por parte dos profissionais de saúde. Num estudo realizado por Pareek et al. (2018), a influência da prática simulada adotada pelos profissionais foi determinante para os *outcomes* das vítimas de PCR, com melhoria significativa do número de casos com RCE (de 19,7% para 30,1%) e da taxa de sobrevivência após RCE (de 27,5% para 52,9%) (Pareek, et al., 2018).

As equipas de alto desempenho (como é o caso da EEMI) têm o objetivo de suportar e restaurar a oxigenação, a ventilação e a circulação eficazes com retorno da função neurológica intacta, quando prestam SAV à pessoa em PCR (AHA, 2020). Nesse contexto, a entidade descreve as funções atribuídas aos diferentes elementos da equipa, com particular ênfase no *team leader* (AHA, 2020). Este elemento deve organizar o grupo, monitorizar a atuação dos membros da sua equipa, providenciar assistência, ser um exemplo de comportamento em equipa, treinar e orientar os seus elementos e concentrar-se no tratamento abrangente da vítima de PCR. Em caso de necessidade, este elemento designa outro membro experiente para assumir as suas funções (AHA, 2020).

A AHA (2020) defende um modelo de equipa de reanimação constituída por 6 elementos. O elemento responsável pela via aérea, o elemento responsável pelas compressões cardíacas e o elemento responsável pela desfibrilhação/ função de instrutor de RCP são as três funções que correspondem ao triângulo da reanimação. A equipa contempla ainda um elemento para preparação e administração de fármacos, um elemento que contabiliza o tempo (total e da administração de terapêutica) e anota informações pertinentes, e o *team leader*, que toma as decisões e providencia *feedback* aos restantes elementos envolvidos. O *team leader* pode assumir a responsabilidade das funções não atribuídas, quando a presença dos 6 elementos não pode ser garantida (AHA, 2020).

Da mesma forma, o ERC recomenda a integração de treino específico de equipa e de *team leading* durante os cursos de SAV, sugerindo também que o team leader adote uma posição de visão global e abordagem “*hands-off*”, sempre que aplicável. O team leader monitoriza a performance da equipa, estabelece prioridades para atingir os objetivos comuns da equipa e

mantém a equipa informada (ERC, 2021). Kuzovlev et al. (2021) realizaram uma revisão sistemática que objetivava identificar evidência de melhoria dos *outcomes* para as vítimas de PCR, pela integração do treino de equipa e *team leading* nos cursos estruturados de SAV. Apesar do nível de evidência ser muito baixo relativamente à melhoria dos resultados, consideraram que a inclusão deste tipo de treino é benéfica para os profissionais envolvidos (Kuzovlev, et al., 2021).

A Direção Geral de Saúde (DGS) determinou, através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, a criação e implementação da EEMI nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2010a). A EEMI é constituída por um Médico e um Enfermeiro e encontra-se sedeadada no SMI do Centro Hospitalar Distrital referido (Regulamento da EEMI do Centro Hospitalar Distrital) (Anonymous, 2016). Esta equipa tem a missão de responder à solicitação dos profissionais do Centro Hospitalar, mediante identificação de uma pessoa que apresente determinadas alterações clínicas, definidas em critérios de ativação próprios dessa mesma equipa. Nessa sequência, a equipa adota uma abordagem multidisciplinar, procurando a prevenção da doença crítica e com o objetivo de intervir de forma antecipatória. Caso seja necessário, a EEMI assegura o transporte da pessoa para uma área em que possam ser garantidos os cuidados de saúde necessários à sua recuperação (Anonymous 2016).

A prática simulada define-se como a inclusão do interveniente num ambiente simulado que se aproxima à sua prática clínica diária. Constitui uma metodologia de ensino-aprendizagem que se tem provado muito eficaz no desenvolvimento das competências dos profissionais, contribuindo, consequentemente, para a melhoria dos cuidados de saúde prestados (Santos, et al., 2021).

Quando comparada com estratégias de ensino e aprendizagem tradicionais, a prática simulada em situações de PCR oferece uma melhoria significativa no aumento das capacidades cognitivas e psicomotoras dos intervenientes, bem como a redução de níveis de stress e aumento da confiança dos mesmos durante a formação (Nascimento, et al., 2020). A prática simulada permite igualmente o desenvolvimento do pensamento crítico num ambiente seguro e controlado, contribuindo para uma precisa e eficiente tomada de decisão clínica. Esta estratégia permite que os intervenientes possam errar na atuação sem colocar as pessoas de quem cuidam em risco e, posteriormente, que lhes seja providenciado *feedback* construtivo para que possam ajustar a sua atuação em situações futuras. Por sua vez, a estratégia confere-

lhes maior segurança, experiência e fluidez na tomada de decisão em situações reais (Linn, et al., 2019).

A capacidade de tomada de decisão depende não só do conhecimento e da competência, mas também da experiência dos Enfermeiros, conforme evidenciado por Benner (1984). Desta forma, pode argumentar-se que a inclusão de momentos de prática simulada, com periodicidade adequada, aumentará o número de experiências significativas dos profissionais envolvidos, uma vez que promove vários momentos de contacto com situações mais aproximadas à sua realidade prática. Estas experiências irão, assim, garantir a manutenção das competências dos mesmos e melhorar a sua capacidade de tomada de decisão.

A evidência recomenda que o treino de situações de SAV em PCR seja replicado a cada 1 a 6 meses após a formação inicial, com o objetivo de prevenir a diminuição dos conhecimentos e competências (Hamilton, 2005, Madden, 2006, Meaney, et al., 2012). Vários estudos primários corroboram a periodicidade recomendada, demonstrando que a aquisição de competências específicas na área do SAV é facilitada pelo treino em períodos mais aproximados. Os treinos de RCP de curta duração em são eficazes na melhoria da performance dos profissionais, sendo que a sua repetição mensal é mais eficaz do que o treino a cada 3, 6 e 12 meses (Anderson, et al. 2018).

A inclusão de ambientes aproximados à realidade, ou simulação de alta-fidelidade, é benéfica para os profissionais envolvidos nestes ambientes práticos, pelo que pode ajudar a melhorar os tempos até à desfibrilhação e a performance global em situações de SAV. Verificou-se igualmente uma melhoria da autoconfiança dos profissionais face à atuação neste tipo de situações (Morton, et al., 2019). Quando comparados com os momentos de treino tradicional, as simulações de alta-fidelidade permitem que os profissionais de saúde apliquem os conhecimentos e competências em situações contextuais e num ambiente de aprendizagem seguro. A prática simulada em ambientes de alta-fidelidade melhora inclusivamente a compreensão durante a sessão e faz com que os mesmos fiquem mais predispostos a participar. A simulação *in situ*, providenciada no ambiente clínico vivenciado pelos intervenientes, promove um ambiente seguro na formação em equipa (Halm, 2018).

Os momentos de simulação, especialmente quando não anunciados, são importantes para revelar dificuldades e ajudam os profissionais a identificar formas de mitigar os erros em situações futuras (Halm, 2018).

Para melhorar a perceção dos profissionais face à sua performance em SAV, é necessário implementar uma forma de providenciar as informações sobre o seu desempenho após as sessões de prática simulada, promovendo a discussão e a reflexão acerca da performance individual e da equipa participante, o que permite transferir as aprendizagens para os eventos reais de SAV (Halm, 2018). Este processo é denominado de *debriefing* e constitui um elemento fundamental para a formação em SAV. Apesar de a literatura não ser clara na distinção entre *defbriefing* e *feedback*, o primeiro reporta à conversação reflexiva sobre a performance dos profissionais, enquanto o segundo se refere à transmissão de dados específicos sobre uma determinada atuação. Neste sentido, o *feedback* pode estar englobado no momento de *debriefing*, permitindo aos envolvidos identificar exatamente as suas lacunas no processo. Através da discussão posterior, os envolvidos integram melhor a informação obtida e refletem sobre a sua prestação, compreendendo melhor a forma como poderão atuar futuramente (AHA, 2018). Quando os elementos envolvidos na prática simulada reconhecem os seus erros específicos em termos de atuação, torna-se mais fácil ajustá-la e refinar as competências na área, especialmente quando a prática é replicada com intervalos de tempo mais reduzidos entre sessões (Oermann, et al., 2020).

O *debriefing* pós-evento guiado pelo formador pode adquirir diversas estruturas (Sawyer, et al., 2016). O modelo selecionado para providenciar o *debriefing* ao longo do PI foi o modelo descrito por Rudolph et al. (2006), que assenta em três fases distintas: reação, análise e sumário. Na fase de reação, os formandos exploram as suas reações face à performance na prática simulada, sendo-lhes dada a oportunidade para expressar livremente o que sentiram durante o processo. Na fase de análise, o formador transmite as informações (*feedback*) sobre o desempenho e exploram-se os motivos para o formando ter atuado de determinada forma. Na fase final, realiza-se um sumário das aprendizagens desenvolvidas no contexto da prática simulada (Rudolph, et al., 2006).

Em suma, a prática simulada de SAV revela-se uma estratégia essencial para o desenvolvimento e manutenção das competências dos profissionais de saúde, melhorando a sua performance e os resultados para as vítimas de PCR. A pesquisa da evidência mais atual promove a mudança da prática de forma estruturada e fundamentada, permitindo aumentar a eficácia e os resultados da mesma. Desta forma, a prática simulada contribui para a melhoria contínua dos serviços que a adotam, potenciando o desenvolvimento dos seus elementos e melhorando a capacidade de resposta das equipas a estes eventos. Estes factos tornam evidentes a ligação existente entre a temática e o “Modelo para a Mudança da Prática Baseada

na Evidência” de Larrabee (2009), bem como a sua relação com o conceito evidenciado por Benner (1984).

A produção dos elementos científicos encontra-se igualmente relacionada com os modelos e conceitos teóricos apresentados, promovendo a divulgação dos resultados da mudança proposta (Larrabee, 2009) e constituindo uma característica importante dos profissionais peritos em determinada área temática (Benner, 1984). Como tal, integrou-se no processo de aprendizagem a realização de um artigo científico intitulado **“A Influência da Prática Simulada no Desenvolvimento de Competências de Suporte Avançado de Vida: *Scoping Review*”** (Apêndice I), que permitiu contextualizar e ajustar o desenvolvimento da sessão de prática simulada durante o EF, por intermédio da pesquisa de informação relevante e inerente ao seu processo de construção.

Seguidamente apresenta-se o capítulo referente ao EF, que contempla a descrição das informações relativas ao mesmo, bem como o processo de implementação do PI realizado nesse contexto. O enquadramento teórico e concetual apresentado suportou o processo supracitado, pelo que este foi desenvolvido e ajustado com a integração da informação recolhida, no sentido de garantir uma intervenção baseada na evidência científica mais atual possível.

2. ESTÁGIO FINAL

O presente capítulo pretende providenciar as informações sobre as características do EF, bem como apresentar uma breve descrição da Instituição e das características do serviço onde o mesmo se realizou. Serão especificadas as informações relativas ao espaço físico, equipamentos e funcionamento do serviço referido, bem como as características dos seus recursos humanos. Por motivos de confidencialidade, a identidade da Instituição e dos profissionais envolvidos no processo não será revelada. Os dados apresentados foram obtidos pela observação direta, comunicação com as Enfermeiras orientadoras e pela consulta da documentação disponível na Instituição. Conforme referido anteriormente, foi obtida creditação ao Estágio do 1º ano e 2º semestre (Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica), através do processo de validação de competências, motivo pelo qual apenas se descrevem as características de um serviço, que corresponde ao local onde se realizou o EF.

O Mestrado em Enfermagem – a Pessoa em Situação Crítica contemplou, conforme descrito anteriormente, a realização de um estágio em contexto de prática clínica. Como tal, definiram-se os seguintes objetivos de aprendizagem para o mesmo:

- Integrar os princípios das teorias e modelos conceituais em Enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- Saber gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colaborar em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participar na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

- Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo (AESES, 2022).

O EF contemplou um total de 388 horas de carga curricular (correspondentes a 24 ECTS), distribuídas ao longo de 18 semanas, das quais 336 horas são de contacto em contexto clínico, 14 horas são de Orientação Tutorial (OT) e 38 horas de outras atividades. O mesmo decorreu entre 16 de setembro de 2022 e 27 de janeiro de 2023 numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) / Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um Centro Hospitalar Distrital. O estágio foi desenvolvido sob orientação clínica de duas Enfermeiras Especialistas em EMC-PSC com larga experiência na área da pessoa em situação crítica e sob supervisão pedagógica da Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo.

Deste modo, os **objetivos gerais** traçados para este EF foram:

- Desenvolver as competências de Mestre em Enfermagem;
- Desenvolver as competências comuns de Enfermeiro Especialista e as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - a Pessoa em situação Crítica.

Como **objetivos específicos** a desenvolver durante o EF:

- Desenvolver um PI numa área temática que vá ao encontro das necessidades do serviço, utilizando Metodologia de Projeto;
- Elaborar um artigo científico sobre a área temática selecionada para o PI;
- Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentados em sólidos padrões de conhecimento;
- Demonstrar uma postura proativa de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Para dar resposta ao **primeiro objetivo geral** delineado, foi-nos proposta a realização de um PI numa área temática que fosse ao encontro de uma necessidade identificada no serviço onde se realizou o EF. Deste modo, recorreremos à Metodologia de Projeto para o efetivar, bem

como ao modelo teórico de Larrabee (2009), que nos orientou nesse objetivo. O PI denominou-se **“Prática Simulada em Suporte Avançado de Vida – Treino de Equipa Especializada”** e pretendeu, de modo geral, providenciar momentos de treino de SAV à EEMI. Esta equipa contacta com várias situações de PCR ao longo do ano, pelo que beneficia diretamente da participação no projeto, pelo carácter prático que o mesmo oferece. No entanto, embora a casuística da PCR seja superior à verificada no SMI, os elementos encontram-se em esquema rotativo, pelo que os momentos de contacto com estes eventos não são comuns, o que faz com que as competências desta equipa se possam deteriorar ao longo do tempo. O processo de desenvolvimento do PI encontra-se descrito em subcapítulo próprio, apresentado posteriormente.

No sentido de planear as atividades a realizar para atingir os objetivos do EF, elaborámos o PE que foi validado pelas Enfermeiras orientadoras e pela supervisora pedagógica. Conforme descrito anteriormente, figuram no documento as atividades a realizar para atingir os objetivos de estágio, bem como os resultados esperados e os indicadores de avaliação identificados.

Em seguida, procede-se à descrição das informações relativas à Instituição onde se realizou EF, bem como das características encontradas no serviço de SMI.

2.1 INSTITUIÇÃO – CENTRO HOSPITALAR DISTRITAL

O Centro Hospitalar Distrital (CHD) onde o EF foi realizado foi criado em 2005 e encontra-se integrado na Administração Regional de Saúde de uma zona central do país. Este Centro Hospitalar é composto por duas Instituições, o Hospital Distrital (do qual o serviço de SMI faz parte) e um Hospital centrado na assistência às pessoas com patologia do foro ortopédico (Anonymous, 2017a). Os Hospitais da Instituição apresentam como missão (Anonymous, 2017a):

“a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento pessoal dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (p.5).

O CHD desenvolve várias atividades de ensino pré e pós-graduado, no âmbito da formação e da investigação na área da saúde (Anonymous, 2017a). Como tal, esta Instituição é uma

entidade de referência para as entidades de ensino da região, celebrando múltiplos protocolos com as mesmas no sentido de promover a formação e a especialização de novos profissionais.

A Instituição engloba vários departamentos: Aparelho Locomotor, Medicina, Cirurgia, da Mulher e da Criança, Psiquiatria e Saúde Mental, de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e de Anestesiologia (*Anonymous*, 2017b).

Enquanto Instituição de referência, o CHD objetiva a prestação de cuidados de saúde humanizados e de qualidade, em tempo adequado, bem como o aumento da eficácia e eficiência e a manutenção de um equilíbrio económico. Este Centro Hospitalar procura ainda promover a investigação e a formação profissional, o desenvolvimento das várias áreas de diferenciação e referência nos cuidados de saúde, bem como implementar programas de prestação de cuidados em ambulatório e ao domicílio (*Anonymous*, 2017b).

2.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2003), os SMI/UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (p.6).

O SMI do CHD é uma unidade que se encontra integrada no Hospital Distrital pertencente à Instituição. O serviço foi inaugurado em 1985, tendo sido posteriormente renovado em 2014, melhorando as condições em termos de espaço físico disponível e estrutura. Como missão, o SMI assegura “a gestão do doente crítico dentro do Hospital” (*Anonymous*, 2018, p.4), sendo que a sua atividade é focada “no doente e na humanização e equidade dos cuidados prestados, sendo valorizados a diferenciação técnico-profissional e atualização científica dos seus profissionais, assim como a ética profissional e a qualidade traduzida em ganhos de eficácia, eficiência e segurança” (*Anonymous*, 2018). O mesmo encontra-se inserido no Departamento de Anestesiologia do CHD e integra três unidades funcionais: a UCI 1º piso, a UCI COVID-19 (UCI 3º piso) e a EEMI (*Anonymous*, 2018).

O serviço possui todas as características necessárias para assumir a responsabilidade integral pela assistência às pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica, pela sua organização, capacidade estrutural, técnica e científica, conforme preconizado pela DGS e pelas

Sociedades de Medicina Intensiva do país e da Europa. É considerada uma unidade Polivalente, com classificação de nível III, segundo a classificação ratificada pela DGS (*Anonymous, 2018*).

A UCI 1º piso é a unidade principal do SMI, recebendo a maior parte das pessoas com necessidade de internamento. É também a unidade onde se encontram os elementos da direção e coordenação do serviço.

A UCI do 3º piso foi criada para responder às necessidades decorrentes da pandemia SARS-CoV-2, possibilitando o internamento das pessoas em situação crítica com COVID-19 durante este período (*Anonymous, 2018*). No entanto, a unidade permanece em atividade nos tempos atuais, funcionando como uma extensão à UCI 1º piso.

A EEMI encontra-se sedeadada na UCI 1º piso, conforme descrito anteriormente, e foi criada com o objetivo de responder ao apelo dos restantes profissionais da Instituição na assistência às pessoas que se encontram nas restantes áreas da mesma. A EEMI é acionada através de um telefonema para um número interno (1010) (*Anonymous, 2016*). A EEMI depende hierárquica e funcionalmente do SMI e tem regulamento próprio (*Anonymous, 2018*). Em termos de equipamentos, a EEMI dispõe de equipamento próprio, como mala de emergência para adulto, mala de emergência pediátrica, mala pediátrica, monitor-desfibrilhador com capacidade para *pacing* externo e bala de oxigénio. Em caso de necessidade, disponibiliza-se na UCI 1º piso um monitor portátil adicional e um ventilador de transporte (*Anonymous, 2016*).

O SMI é o serviço de referência para os cuidados à pessoa em situação crítica na Instituição, pelo que se articula com os restantes serviços para as receber. Embora a maior parte das pessoas internadas no SMI sejam transferidas diretamente do serviço de Urgência Geral ou do Bloco Operatório, o serviço recebe pessoas de qualquer outro serviço da Instituição (*Anonymous, 2018*).

Em relação à sua estrutura física, a UCI 1º piso é situada na ala nascente do Hospital Distrital, contendo com uma área total de cerca de 350 m², dividida em duas áreas distintas: a área destinada às pessoas internadas no serviço (cerca de 140 m²) e a área de apoio (cerca de 210 m²). A área destinada às pessoas internadas encontra-se dividida em sete unidades, cinco das quais em área comum (área “*open space*”) e duas das quais para isolamento físico (*Anonymous, 2018*).

A área comum contempla uma zona de trabalho de Enfermagem com acesso e visão para todas as unidades, que possui três computadores para registos e um destinado a centro de

monitorização, em comunicação com os monitores de cada unidade e em funcionamento permanente. Nesta área, está disponível um armário com sistema Supply Point Systems®, onde ficam armazenados grande parte dos fármacos do serviço, bem como dois armários móveis com material de consumo clínico. Estão ainda disponíveis vários armários pequenos amovíveis, também destinados ao armazenamento de material de consumo clínico, bem como uma bancada de trabalho com lavatório (Anonymous, 2018).

A área de apoio do serviço contempla uma área de secretariado, um vestiário com sanitário para os profissionais, dois gabinetes médicos (equipados com três computadores, uma mesa de reuniões, armários para arquivo de documentação e uma cama), um segundo sanitário para profissionais, um gabinete de Enfermagem (equipado com dois computadores e vários armários para arquivos de documentação), uma copa, uma pequena área de laboratório com armazenamento de fármacos refrigerados e um cofre para alguns fármacos de alerta máximo e estupefacientes, uma área de armazenamento de equipamentos com área anexa para limpeza de materiais, uma sala para armazenamento de material de consumo clínico e uma sala de sujos/resíduos (Anonymous, 2018).

No que concerne à UCI 3º piso, estão disponíveis cinco unidades em área comum (também área “open space”). A área de trabalho de Enfermagem, à semelhança da UCI 1º piso, tem visibilidade e acesso direto a cada uma das unidades. Nesta zona de trabalho estão disponíveis 2 computadores para registo. A zona contempla ainda uma bancada com lavatório e múltiplos armários amovíveis para armazenamento de material de consumo clínico. A área de apoio da UCI 3º piso é constituída por uma sala de armazenamento de material de consumo clínico e equipamentos, um gabinete médico, uma sala de sujos/resíduos, um vestiário com sanitário para profissionais e uma copa (Anonymous, 2018).

Todas as unidades em funcionamento em ambos os pisos se encontram munidas de várias tomadas, duas rampas de oxigénio, duas rampas de vácuo, uma rampa de ar comprimido e dois aspiradores com pressão regulável. Cada unidade dispõe de uma cama articulada com colchão anti escaras, que permite a mobilização independente de várias secções. A iluminação é individualizada e permite ajuste de intensidade. Cada unidade dispõe também de dois suportes de teto móveis, que permitem a fixação de equipamentos para perfusão contínua. Estas unidades estão equipadas com um ventilador que possibilita vários modos ventilatórios (ventilação mecânica invasiva e não invasiva), com alarme e *display* de dados/curvas respiratórias e um monitor que permite a visualização de vários parâmetros desejáveis

(oximetria de pulso, frequência respiratória, pressão arterial invasiva e não invasiva, monitorização de traçado cardíaco, pressão venosa central, débito cardíaco, pressão da artéria pulmonar, parâmetros específicos de cateter Swan-Ganz, pressões de encravamento), com alarmes facilmente identificáveis e memorização dos registos. Encontra-se também disponível uma mesa de apoio de Enfermagem, um pequeno armário para colocação de material pertencente à unidade, um carro para resíduos (com saco branco e saco preto), múltiplas bombas e seringas para perfusão contínua de fármacos e soros, com alarmes de segurança incorporados, bombas para alimentação entérica e hidratação contínua com alarmes de segurança incorporados e mangas de pressão para sistemas de linha arterial. A área comum dispõe ainda de um computador fixado num dos pilares de estrutura, ao lado do qual se encontra colocado um carro de reanimação totalmente equipado e com suporte para monitor-desfibrilhador (Anonymous, 2018).

Sendo uma **unidade de nível III**, de acordo com o enunciado pela DGS, o SMI beneficia de quadro próprio, com equipa dedicada e funcionamento permanente. É um serviço com uma equipa médica constituída por intensivistas em presença física constante, que dispõe de todos os meios necessários de diagnóstico e terapêutica para providenciar cuidados especializados e de qualidade à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Este serviço possui ainda programas de controlo contínuo de qualidade, bem como programas de melhoria contínua e dedicação louvável nas áreas de formação e desenvolvimento dos seus profissionais (Anonymous, 2018).

Em relação à casuística, o serviço recebe maioritariamente pessoas em situação crítica provenientes do serviço de Urgência Geral, embora possa receber pessoas de qualquer outro serviço da Instituição hospitalar. As patologias de foro médico, como insuficiências respiratórias com necessidade de ventilação mecânica invasiva, ventilação não invasiva ou oxigenoterapia de alto fluxo, insuficiências cardíacas e síndrome coronário agudo com necessidades de suporte hemodinâmico, insuficiências renais com necessidade de aplicação de técnicas de substituição renal, são as mais frequentes. No entanto, o internamento de pessoas em fase pós-cirúrgica com risco de complicações é relativamente frequente, bem como situações de politrauma.

No que concerne aos recursos humanos disponíveis no SMI, o serviço tem uma equipa médica, uma equipa de enfermagem, uma equipa de assistentes operacionais e uma assistente administrativa.

A equipa de Enfermagem é composta por 51 Enfermeiros com contrato efetivo celebrado com a Instituição, mais 6 Enfermeiros em regime parcial (que realizam turnos em várias equipas) e uma Enfermeira Coordenadora do serviço. A equipa de Enfermagem divide-se em 5 equipas distintas para prestação de cuidados gerais, 4 delas com 8 elementos e uma delas com 9 elementos (total de 41 Enfermeiros). A sexta equipa inclui os elementos em licença de maternidade, licença de amamentação ou horário fixo, que realizam turnos nas várias equipas, consoante o horário (total de 6 Enfermeiros). Existe ainda uma equipa de 4 Enfermeiros especialistas em Reabilitação que prestam cuidados especializados da sua área de intervenção às pessoas internadas no SMI no turno da manhã. Cada uma das 5 equipas possui um chefe de equipa, sendo que este elemento é um Enfermeiro especialista em EMC-PSC. Dos 52 Enfermeiros do SMI, 11 são Enfermeiros especialistas em EMC-PSC, 4 em Enfermagem de Reabilitação e a Enfermeira Coordenadora do serviço é especialista em Enfermagem Comunitária.

Em cada um dos turnos, o chefe de equipa de Enfermagem organiza as equipas de Enfermagem e de AO, realizando a distribuição destes profissionais pelas pessoas internadas no serviço. Esta distribuição pressupõe a utilização de um **método de trabalho individual**, com rácio adequado ao grau de complexidade das pessoas. Este rácio é aferido por **escala de Nursing Activity Score (NAS)** do turno da noite anterior (que determina o **volume de trabalho** para cada pessoa internada) e pela visão do chefe de equipa de Enfermagem face à situação de saúde das pessoas internadas no serviço. O mesmo não ultrapassa o rácio de 1:2, conforme preconizado para unidades que recebam pessoas de nível II ou III. Não obstante, apesar de ser atribuída aos enfermeiros a responsabilidade individual pelas pessoas internadas no SMI em determinado turno, os elementos presentes no mesmo funcionam e trabalham em equipa, colaborando uns com os outros nos cuidados, sempre que necessário.

A Enfermeira Coordenadora, na produção do horário da equipa, contempla a distribuição de pelo menos 2 elementos de Enfermagem para a UCI 3º piso, sendo este rácio ajustado posteriormente, consoante as condições identificadas.

Os chefes de equipa têm o objetivo de garantir a qualidade nos cuidados prestados, otimizando as respostas da sua equipa, gerindo conflitos e resolvendo os problemas encontrados. A nomeação destes elementos é realizada segundo critérios definidos, de forma interna, e não possui carácter definitivo.

Em relação ao estilo de liderança, verificou-se que os elementos lideram de forma **democrática**, considerando a participação dos elementos nas decisões e incluindo-os no planeamento das atividades a realizar, quer em termos de cuidados, quer em termos de logística do serviço.

Relativamente aos **registos de informação clínica**, o SMI utiliza uma plataforma de registo informatizada, que permite ajustar o planeamento dos cuidados com recurso a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). No início do percurso, a plataforma de registo era a plataforma SClínico®. No entanto, no decorrer do EF, a plataforma B-Simple® foi implementada no serviço para o mesmo efeito. A **transição dos cuidados de Enfermagem** é realizada através da técnica ISBAR (Identificação, Situação atual, *Background* (Antecedentes), Avaliação, Recomendações), de acordo com a Norma n.º 001/2017 da DGS (2017a), com a passagem de toda a informação para a equipa do turno, apesar de, posteriormente, se preconizar a distribuição individual dos enfermeiros pelas pessoas internadas no serviço.

O serviço dispõe de múltiplos elementos organizados em vários grupos de trabalho, que promovem a formação da equipa e implementam novos projetos nas respetivas áreas temáticas. A gestão dos momentos formativos em serviço é assegurada por um **elemento responsável pela formação**. Este elemento recolhe, de forma democrática e em concordância com o estilo de liderança utilizado no serviço, a opinião dos restantes elementos da equipa face às necessidades formativas do serviço e concebe o plano de formação com base nessa informação.

Em relação à equipa médica, a mesma é constituída por 10 médicos com contrato a tempo inteiro, sendo que um deles desempenha funções de diretor de serviço. Existe ainda uma equipa com vários médicos em regime parcial, no sentido de garantir a presença física de elementos da equipa médica no serviço a todo o momento. Um dos médicos a realizar turno é destacado para elemento da EEMI.

A equipa de AO é constituída por 19 elementos que, à semelhança da equipa de Enfermagem, se encontram a desempenhar funções em horário rotativo. Estes elementos são distribuídos pelo chefe de equipa de Enfermagem no início de cada turno, colaborando com a equipa de Enfermagem nos cuidados às pessoas internadas.

Na área de secretariado do serviço encontra-se ainda uma assistente administrativa, que realiza funções administrativas entre as 8h e as 16h, nos dias úteis. No caso de este elemento

não se encontrar presente no serviço, os serviços administrativos são assegurados pelos assistentes administrativos do serviço de Urgência Geral.

2.3 PROJETO DE INTERVENÇÃO: PRÁTICA SIMULADA DE SAV – TREINO DE EQUIPA ESPECIALIZADA

A Metodologia de Projeto centra-se na resolução de um problema encontrado, através da implementação de ações práticas baseadas e sustentadas pela investigação. É uma metodologia que pressupõe intencionalidade, uma vez que os intervenientes definem objetivos concretos que dão sentido às atividades planeadas e permitem aferir o sucesso da implementação do projeto. Ao mesmo tempo, requer iniciativa e autonomia por parte dos mesmos, tornando-se estes responsáveis pelas escolhas que efetuam ao longo do desenvolvimento do projeto (Ferrito, et al., 2010).

Uma vez que o projeto incide sobre um problema real, este envolve um alto grau de complexidade e incerteza no seu planeamento, e a autenticidade e originalidade são imperativas para o seu desenvolvimento. Neste sentido, a Metodologia de Projeto é mutável e flexível, pelo que os procedimentos se adaptam ao longo de todo o processo, no sentido de responder às condições e obstáculos encontrados (Ferrito, et al., 2010).

Em seguida, apresenta-se o desenvolvimento do PI, com a descrição do processo em cada uma das etapas da Metodologia de Projeto. Posteriormente, elaboram-se as perspetivas para o futuro, com as recomendações resultantes da implementação do projeto e as sugestões da sua aplicabilidade em situações futuras.

2.3.1. Diagnóstico de Situação

O propósito da fase de diagnóstico de situação é descrever a realidade sobre a qual se pretende focar a intervenção, através da “elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificado” (Ferrito, et al., 2010).

O diagnóstico de situação deve ser suficientemente detalhado, no sentido de possibilitar a identificação de intervenções passíveis de aplicar e dirigidas à resolução do problema. O mesmo

deve ser realizado em tempo útil, ser dinâmico e ajustável, constituindo uma contextualização para as atividades a desenvolver no contexto da sua aplicação (Ferrito, et al., 2010).

Esta etapa relaciona-se com o modelo teórico de Larrabee (2009), na medida em que nos permite identificar o problema e iniciar o processo de Mudança na prática.

No sentido de contribuir para o desenvolvimento da equipa do serviço e apresentando-se o PI como um programa de melhoria contínua, tornou-se assim necessário identificar quais os problemas e as necessidades formativas da equipa do serviço alvo da aplicação da intervenção.

Na sequência de **entrevistas exploratórias não estruturadas** com a Enfermeira Coordenadora do serviço, a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira responsável pela formação do serviço (em coorientação do estágio), identificou-se o seguinte problema:

A EEMI desloca-se aos serviços, unidades de ambulatório e áreas comuns da Instituição hospitalar, respondendo ao apelo dos profissionais que identifiquem a necessidade de assistência à pessoa em situação crítica. Esta equipa tem a função de assegurar os cuidados à pessoa em situação crítica até à sua estabilização, colaborando com os profissionais de saúde do serviço de origem. Atualmente, existem 30 Enfermeiros da UCI que integram a EEMI (Anonymous, 2016).

Todos os elementos da EEMI possuem formação em SAV, mas apenas 13 destes elementos dispõem de formação válida, de acordo com as recomendações do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2020).

Os elementos da EEMI contactam anualmente com várias situações de PCR, mas a equipa encontra-se em esquema rotativo a cada turno dos profissionais no seu serviço de origem. Verifica-se, então, que cada elemento não contacta com situações de PCR com frequência suficiente para garantir a manutenção de competências na área do SAV. As competências dos elementos da EEMI devem ser sistematizadamente treinadas, com o objetivo de os capacitar para o cumprimento das responsabilidades da equipa e assegurar os melhores cuidados à pessoa em situação crítica.

O serviço de formação da Instituição hospitalar promove a formação dos profissionais na área do SAV, ministrando cursos detalhados sobre a atuação neste tipo de situações. No entanto, o treino de simulação constitui uma excelente forma de manter as competências dos profissionais neste âmbito, quando replicado em períodos adequados, conforme explicitado

anteriormente no enquadramento concetual. Identificou-se, também, que o serviço-alvo da intervenção não dispõe de condições físicas e materiais ideais para o desenvolvimento deste tipo de formação.

Durante este processo de entrevistas, foi também garantido acesso ao documento de levantamento de necessidades formativas do serviço de 2022. No documento figuram as sugestões da equipa da UCI relativamente às temáticas que o plano de formação poderá contemplar, sendo que foram pré-sugeridas um total de 21 temáticas pertinentes. A temática “SAV - PCR” foi uma das temáticas mais escolhidas pelos Enfermeiros do serviço (20 menções, num total de 34 participantes).

Durante a elaboração do documento, os Enfermeiros tiveram igualmente a oportunidade de sugerir novas temáticas ou complementar as já selecionadas com sugestões livres, pelo que a sugestão “simulação prática de situações de emergência e reanimação” foi uma das mais mencionadas no documento.

Com o objetivo de suportar a escolha da temática e a implementação do PI, realizou-se, ainda, uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) (Apêndice II), identificando os pontos fortes e fracos da implementação do projeto e permitindo a sua comparação.

Da interpretação da análise SWOT, é importante destacar que a temática é essencial para assegurar a manutenção das competências da EEMI, capacitando a equipa para responder às situações de PCR, o que contribui para o ambiente seguro nos cuidados. Com o sucesso deste tipo de programas, a implementação numa escala mais alargada pode ser desejável. No entanto, é necessário garantir as condições infraestruturais e o equipamento necessário para realizar a sessão de prática simulada sistematicamente e assegurar a disponibilidade dos elementos participantes para efetivamente realizar a sessão, fatores estes que poderão dificultar a sua implementação.

Verificou-se, assim, que a temática “**Prática Simulada de Suporte Avançado de Vida – Treino de Equipe Especializada**” é pertinente e importante para a equipa de Enfermagem (e em particular a EEMI) e que a mesma considera que teria ganhos significativos com a sua inclusão no plano formativo.

Como estratégias prioritárias para este PI delineou-se a execução de pesquisa bibliográfica sobre a temática, a produção de um artigo científico que a suporte (*Scoping Review*)

(Apêndice I), o desenvolvimento de um plano de sessão para a prática simulada (Apêndice III), a execução da mesma sessão com os Enfermeiros da EEMI, com respetivo *feedback* através de técnica de *debriefing*, e a avaliação da mesma sessão, culminando na perceção da utilidade do projeto para o SMI.

2.3.2. Objetivos do Projeto de Intervenção

Os objetivos do PI “assumem-se como representações antecipadoras centradas na ação a realizar” (Ferrito, et al., 2010, p.18). Estes devem ser formulados de forma suficientemente clara e sucinta, que permita delimitar o problema que o projeto se propõe a resolver (Ferrito, et al., 2010).

Neste sentido, apresentam-se os seguintes como objetivos delineados para o PI:

Objetivo Geral

- Melhorar a capacidade dos Enfermeiros da EEMI para providenciarem SAV em situações de PCR;

Objetivos Específicos

- Elaborar um artigo científico (*Scoping Review*) que suporte a temática da prática simulada de SAV, com vista ao aumento do conhecimento sobre a temática;
- Realizar uma sessão de prática simulada de SAV em situações de PCR com os elementos da EEMI selecionados;

2.3.3. Planeamento do Projeto de Intervenção

Na fase do planeamento, é delineado um esboço do projeto, com definição de atividades e estratégias com vista à consecução dos objetivos traçados na fase anterior. No decorrer desta fase, calendarizam-se estas atividades a realizar e procede-se ao levantamento de recursos necessários à fase de execução do projeto. É ainda importante atender às limitações e riscos envolvidos (Ferrito, et al., 2010).

Esta fase encontra-se igualmente em ligação ao modelo de Larrabee (2009), correspondendo à etapa 4 do mesmo.

Com o propósito de responder aos objetivos delineados anteriormente, foram determinadas várias atividades e estratégias a cumprir, bem como os recursos necessários e os indicadores de avaliação envolvidos. Foi ainda produzido um cronograma para as atividades do projeto (Apêndice IV), com o objetivo de orientar a implementação das mesmas.

Os profissionais do serviço com os quais nos articulámos ao longo do processo foram a Enfermeira Coordenadora do serviço e as Enfermeiras orientadoras do EF, sendo que uma delas é o elemento responsável pela formação no SMI.

Em seguida, apresentamos as atividades e estratégias estruturadas no âmbito do PI, mencionando também os recursos e os indicadores de avaliação delineados:

Objetivo Específico: Elaborar um artigo científico (*Scoping Review*) que suporte a temática da prática simulada de SAV, com vista ao aumento do conhecimento sobre a temática;

Atividades/Estratégias Planeadas:

- Realizar uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre a temática, com recurso a bases de dados científicas (MedLine, CINAHL, etc. (via EBSCO), SCOPUS);
- Selecionar os artigos a integrar na revisão;
- Produzir a primeira versão do artigo científico (*Scoping Review*) sobre a influência da prática simulada de SAV na aquisição de competências por parte enfermeiros;
- Entregar o artigo científico, com o objetivo de receber *feedback* por parte do Docente orientador e Enfermeiras Orientadoras;
- Produzir a versão final do artigo científico “A Influência da Prática Simulada no Desenvolvimento de Competências de Suporte Avançado de Vida: *Scoping Review*”;
- Entregar o artigo para avaliação.

- Propor o artigo para publicação.

Recursos Humanos Necessários:

Docente orientador; Enfermeiras orientadoras.

Recursos Materiais Necessários:

Computador (com acesso à Internet); Papel (apenas se necessário e/ou solicitado); Impressora (apenas se necessário e/ou solicitado); Tinteiro (apenas se necessário e/ou solicitado).

Tempo Necessário:

Meses de novembro, dezembro, janeiro e fevereiro (sendo o último correspondente à data de entrega do artigo).

Indicadores de Avaliação:

Entrega do artigo para avaliação.

Objetivo Específico: Realizar uma sessão de prática simulada de SAV em situações de PCR com os elementos da EEMI selecionados;

Atividades/Estratégias Planeadas:

- Realizar pesquisa bibliográfica aprofundada sobre a temática, com recurso a bases de dados científicas (MedLine, CINAHL, etc. (via EBSCO), SCOPUS, PubMed);
- Elaborar um plano de sessão (grelha sumária) para a prática simulada de SAV (Apêndice III);

- Produzir os casos de PCR a integrar na sessão, cada um com uma causa potencialmente reversível distinta e respetivas grelhas de observação (Apêndice V);
- Entregar o plano de sessão para validação por parte do Docente orientador e Enfermeiras Orientadoras;
- Apresentar diapositivos (ficheiro Microsoft PowerPoint®) sobre as mais recentes alterações às *guidelines* da AHA sobre a prática de SAV (recurso a método expositivo);
- Demonstrar um caso de prática simulada de SAV em situação de PCR, como exemplo prático para a equipa (recurso a método demonstrativo);
- Realizar momento inicial de *briefing* com a equipa, com apresentação dos objetivos da simulação, tempo disponível e pontos chave do desempenho em SAV;
- Realizar a sessão de prática simulada com a equipa definida (Apresentação dos casos, seguida de prática simulada - 5 casos de PCR, com rotação dos elementos da equipa a cada caso (com mudança de *Team Leader*, que define o papel dos restantes elementos));
- Recolher informação sobre os aspetos positivos e negativos da equipa (com ênfase no *Team Leader*) durante o processo, com registo em grelha de observação (componente do Apêndice V) – em cada caso;
- Recolher a reflexão em relação aos sentimentos do *Team Leader* e à sua consideração no que se refere aos pontos positivos e negativos do momento da prática simulada – em cada caso;
- Transmitir o *feedback*, a análise de desempenho (com ênfase no *Team Leader*) e o sumário das aprendizagens desenvolvidas à equipa – no final do desenvolvimento de cada caso;
- Possibilitar ao *Team Leader* a oportunidade de referir o seu principal aspeto a melhorar, bem como proporcionar ao elemento em observação a oportunidade de mencionar o principal aspeto positivo da atuação do *Team Leader*;
- Criar um momento de discussão final sobre a sessão e sentimentos envolvidos;

- Distribuir as folhas com a grelha de avaliação da sessão (Grelha de Avaliação de Formação em Serviço Institucional) (Anexo I) pela equipa, de forma a validar a pertinência da intervenção para a mesma;
- Recolher as folhas com grelha de avaliação da sessão;
- Analisar as grelhas de avaliação (a integrar neste relatório final do EF) – atividade com fator temporal distinto das restantes atividades planeadas.

Recursos Humanos Necessários:

Enfermeira Coordenadora do serviço; Enfermeiras orientadoras; Equipa proposta para realização da sessão.

Recursos Materiais Necessários:

Computador (com acesso à Internet); Sala para a sessão (recurso infraestrutural); Dispositivo de armazenamento de dados (*Pen Drive*); Projetor; Tela para Exposição; Maca; Manequim; Material de apoio (Caixa de ritmos, Monitor-desfibrilhador bifásico, Material de abordagem à via aérea básica e avançada, Material de formação da “Caixa de SAV” (cateteres, seringas, frascos de fármacos); Papel; Impressora; Tinteiros; Cadeiras; Canetas.

Tempo Necessário:

Plano de sessão: Meses de novembro e dezembro.

Realização da sessão: Mês de janeiro.

Durante a sessão:

- 60 min. para apresentação de diapositivos;
- 8 min. para demonstração prática;
- 3 min. para *briefing* inicial;
- 2 min. para apresentação de cada caso e definição de *Team Leader* (10 min. de tempo total – 5 casos);

- 15 min. para realização da abordagem da equipa (1h 15 min. de tempo total – 5 casos);
- 5 min. para *debriefing* (25 min. de tempo total – 5 casos);
- 10 min. para momento final de discussão;

No final da sessão:

- 10 min. para preenchimento das grelhas de avaliação da formação e formadores

Indicadores de Avaliação:

- Entrega do plano de sessão;
- Apresentação dos diapositivos;
- Realização da sessão de prática simulada;
- Avaliação da sessão.

Previsão de Potenciais Problemas com a Implementação do Projeto:

- Dificuldade na coordenação dos horários dos elementos selecionados para a sessão
Estratégia definida: Solicitar à Enfermeira Coordenadora do serviço (mediante disponibilidade do mesmo) a programação, em horário, do momento de formação para os elementos envolvidos.

2.3.4. Execução do Projeto de Intervenção

Segundo Ferrito, et al. (2010), esta etapa “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.” (p.23).

O processo de execução, que transpõe a ideia para a prática, pode gerar o aparecimento de novos problemas para os autores, o que, por sua vez, favorece o desenvolvimento de competências (Nogueira, 2005).

As equipas dedicadas às emergências como, por exemplo, a EEMI, são essenciais para a gestão adequada dos eventos de PCR e devem ser constituídas por elementos experientes, bem treinados e consistentes na abordagem a este tipo de eventos (Nallamotheu, et al., 2018).

Numa primeira fase do PI, procedemos à elaboração de um artigo científico com o título “A Influência da Prática Simulada no Desenvolvimento de Competências de Suporte Avançado de Vida: *Scoping Review*” (Apêndice I). O artigo supracitado foi construído em conjunto com uma colega do Mestrado, que trabalhou a mesma temática, tendo desenvolvido o seu PI num formato distinto e noutra contexto de EF. Esta ação foi ao encontro do primeiro dos nossos objetivos específicos estipulados para o PI, cumprindo todas as atividades planeadas sem intercorrências. O desenvolvimento do artigo científico permitiu-nos desenvolver conhecimentos na área temática e orientou o planeamento e execução do PI, pelo que procurámos colocar em prática a evidência que encontrámos no decorrer da produção do artigo. Este elemento científico possibilitou, de igual forma, que pudéssemos transmitir as recomendações para o futuro em relação a projetos semelhantes. De momento, encontramos-nos em fase de envio para publicação.

No que concerne à relação com os modelos teóricos, é possível identificar a influência do modelo de Larrabee (2009) no processo, sendo a produção do artigo científico englobada nas etapas 2 e 3 pressupostas no mesmo, o planeamento do PI englobado na etapa 4 e a execução na etapa 5.

Em concordância com os restantes objetivos traçados para o PI, pretendeu-se então capacitar a EEMI para providenciar SAV em situações de PCR através da realização de uma sessão de prática simulada com a equipa supracitada. No entanto, no sentido de aumentar a eficácia da sessão de prática simulada, optou-se por selecionar uma equipa com um número reduzido de elementos.

Nesta sequência, definiu-se que seriam selecionados cinco elementos do SMI como população-alvo para a sessão de prática simulada, sendo que os mesmos fazem parte dos Enfermeiros que desempenham funções na EEMI e desenvolveram a formação de SAV preconizada pela instituição há menos de cinco anos, em concordância com as recomendações do INEM (2020), bem como do Conselho Português de Ressuscitação e ERC (2021). De forma

a garantir a uniformização da experiência entre os elementos do serviço, foi selecionado um elemento de cada uma das equipas do serviço.

Numa primeira fase da sessão delineada no PI, realizou-se uma sessão de formação inicial sobre as *guidelines* mais atuais da AHA (2020) com recurso a diapositivos, objetivando relembrar as alterações mais importantes e cimentar o conhecimento dos elementos presentes na sessão.

Foram criados cinco casos clínicos fictícios (Apêndice V) para aplicação na sessão de prática simulada. Cada caso foi baseado numa causa potencialmente reversível de PCR, pelo que o desenvolvimento da prática simulada continuou até evolução para a RCE, integrando posteriormente os cuidados pós-reanimação. Pretendeu-se que os elementos presentes na sessão atuassem perante a situação de PCR considerando as informações providenciadas inicialmente e durante o processo.

O momento de prática simulada foi desenvolvido com recurso a uma equipa de quatro elementos, de forma a aproximar a experiência à realidade dos profissionais, com condições passíveis de encontrar na prática. Um dos elementos foi aleatoriamente selecionado para desempenhar o papel de *Team Leader*, pelo que o mesmo teria a responsabilidade de definir o papel dos restantes elementos na fase prática (entre elemento de Via Aérea, de administração de terapêutica e de compressões cardíacas). Ficou ainda estipulado que o *Team Leader*, para além das suas funções de coordenação da abordagem e *feedback* à equipa, desempenhasse funções de monitorização e desfibrilhação da vítima.

O *Team Leader* foi o elemento central do caso prático, com total poder de decisão sobre as ações a realizar. Esta estrutura foi adotada no sentido de maximizar a oportunidade de aprendizagem para este elemento, capacitando-o para desempenhar funções em contextos em que os restantes elementos não tivessem experiência em SAV.

Uma vez que utilizámos equipas de quatro elementos, um dos cinco elementos presentes ficou em observação do caso prático, aprendendo por observação direta. Em cada um dos casos, realizou-se a rotação da equipa (e do elemento em observação), dando assim oportunidade para que todos os elementos desempenhassem funções na equipa em 4 casos cada, sendo que cada um deles desempenhou uma vez a função de *Team Leader*.

No final do tempo estipulado para cada caso prático, sucedeu-se um pequeno momento de *debriefing* sobre o caso específico. O *debriefing* foi dividido em 3 fases, segundo o modelo apresentado por Rudolph, et al. (2006). Na primeira fase, foi colocada a questão “Como se sentiu em relação à sua atuação neste caso?”. Os elementos tiveram então a oportunidade de expressar os seus sentimentos face à situação, refletindo sobre a sua ação. Numa segunda fase, procurámos descrever os processos que ocorreram ao longo do caso prático, providenciando os dados sobre os vários momentos da prática (*feedback*). No final desta fase realizámos a análise desses dados, apontando os aspetos a melhorar. Numa terceira fase, sumarizámos as aprendizagens desenvolvidas. No final do momento de *debriefing*, como forma de fazer com que o elemento atentasse no seu principal ponto a melhorar, foi colocada a questão “Qual considera que foi o seu principal aspeto a melhorar?”.

Ainda neste momento final, com o objetivo de motivar o elemento e melhorar a sua perceção sobre os seus pontos fortes, foi sugerido ao elemento em observação que providenciasse informação ao *Team Leader* sobre o seu aspeto mais forte ou desenvolvido.

No final de todas as sessões, realizámos um momento final de *debriefing*, coma síntese global das aprendizagens desenvolvidas e dando a oportunidade aos elementos presentes de expressão os seus sentimentos em relação ao momento da prática simulada.

2.3.5. Avaliação do Projeto de Intervenção e Divulgação dos Resultados

A fase de avaliação contempla vários momentos distintos, nomeadamente a avaliação intermédia ou de depuração, em que se reflete sobre o percurso desenvolvido até ao momento, criticando-o e aplicando as mudanças necessárias para que o projeto continue o seu desenvolvimento, e a avaliação final, onde se analisa o produto final no sentido de aferir a consecução dos objetivos (Ferrito, et al., 2010).

A avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos elementos presentes na sessão de prática simulada foi realizada através de um processo de observação por parte dos formadores, que decorreu ao longo da sessão. Objetivou-se a observação de dados como consideração de medidas de segurança, pedidos de ajuda, reconhecimento de ritmos cardíacos de possível PCR, execução correta de RCP, administração de fármacos em PCR, organização da equipa disponível, comunicação entre a equipa e cuidados pós-reanimação. Os dados

recolhidos foram registados em grelhas de observação, o que permitiu ajustar o momento de *debriefing* posterior. As grelhas utilizadas foram construídas com base nas presentes no manual de SAV da AHA (2020) (Apêndice V). Neste sentido, era esperado que os elementos desenvolvessem os conhecimentos progressivamente e que os aplicassem nos casos de PCR sucessivos ao longo de toda a sessão.

O projeto centrou-se no momento da prática simulada como treino de abordagem a uma situação de PCR, pelo que os dados recolhidos apenas se destinaram a orientar o momento de *debriefing* e não serão revelados.

Para responder à necessidade de quantificar o sucesso da sessão de prática simulada, definiu-se como indicador de qualidade que “80% dos profissionais participantes considerem que a sessão de prática simulada teve impacto positivo na sua aquisição de competências de SAV em situações de PCR”.

A sessão foi avaliada pelos elementos presentes com recurso a um documento que contém a grelha de avaliação utilizada na Instituição (aquando dos momentos de formação em serviço) (Anexo I), na qual constam aspetos relacionados com a divulgação da formação, os objetivos da ação, conteúdos, estrutura e duração, assim como as condições infraestruturais do local em que decorrem as sessões. A grelha permitiu ainda a sugestão de potenciais alterações à formação em situações futuras e a avaliação individual de cada formador em relação ao domínio dos conteúdos da sessão, clareza da linguagem, capacidade de esclarecimento de dúvidas, capacidade de motivação dos elementos, adequação do método pedagógico, cumprimento de horários e documentação de apoio fornecida na sessão.

Na sequência desta avaliação, foi sugerido aos profissionais que, no documento mencionado, preenchessem o campo correspondente à apreciação global. Este campo contém a resposta à pergunta “A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?”. No final da avaliação, verificou-se que todos os elementos participantes consideraram que a sessão teve um impacto positivo na sua aquisição de competências de SAV em situações de PCR, pelo que a resposta ao indicador de qualidade foi de 100%, cumprindo o objetivo traçado.

Para além desta questão, o campo da apreciação global contém um espaço de escrita livre, destinado à justificação da resposta à pergunta referida anteriormente. Os profissio-

nais presentes na sessão justificaram a sua resposta das seguintes formas: “Melhora e desenvolve o desempenho e capacidade a nível de atuação em SAV”; “A prática leva à perfeição”; “Ajuda a estruturar o pensamento em situação de PCR”; “Relembrar práticas e debater conceitos muito importantes e, às vezes, pouco utilizados, mas essenciais para a prática na EEMI”; “No SMI assistimos a escassas (situações de) PCR, o que condiciona o nosso desempenho nas saídas de EEMI e o desenvolver do pensamento”. Os relatos dos profissionais envolvidos permitem-nos aferir a utilidade deste tipo de projetos para garantir a manutenção das suas competências, fator este que é particularmente importante na atuação enquanto equipa especializada com ação a nível Institucional.

As sugestões apontadas pela equipa no final da sessão (integradas no documento com as grelhas de avaliação) foram (passando a citar): “Fazer práticas simuladas de 6/6 meses”; “realização regular destas práticas simuladas”; (realizar as práticas) “mais frequentemente”. Estas sugestões denotam o impacto positivo que a sessão teve para os profissionais envolvidos, providenciando uma fora aliciante de praticar as suas capacidades em SAV, o que pode, por sua vez, gerar um impacto efetivo na prática de cuidados.

Os resultados do PI encontram-se aqui evidenciados e foram transmitidos à Enfermeira Coordenadora do SMI, no sentido de dar a conhecer o sucesso do projeto, o que poderá levar à sua continuidade no serviço.

É ainda importante realizar a ligação com o modelo teórico de Larrabee (2009), pelo que a avaliação e divulgação dos resultados se encontra estipulada na etapa 5. Com a conclusão desta etapa, foi igualmente possível perceber o quão importante são este tipo de projetos para o desenvolvimento profissional dos elementos envolvidos.

2.3.6. Perspetivas para o Futuro

O PI pretendeu dar resposta a uma necessidade identificada no serviço, capacitando a EEMI para atuar em situações de PCR. No entanto, consideramos que a temática pode ser igualmente pertinente para aplicação futura noutros contextos.

Através da entrevista não estruturada com os elementos descritos anteriormente, verificou-se que a temática identificada se revela importante para a Instituição hospitalar,

uma vez que vai, similarmente, ao encontro de uma necessidade identificada pelo Grupo de Reanimação e Ressuscitação (GRR) e pelos formadores de SAV da própria Instituição. Estes elementos poderão dar continuidade ao projeto, aplicando outros estudos e desenvolvendo outros projetos na área do SAV, o que contribuirá, futuramente, para a capacitação de múltiplos profissionais da Instituição. Neste sentido, poderá criar-se de um projeto extensível à Instituição, com dinamização por parte de elementos formadores de SAV, identificados pelo GRR.

O modelo de projeto escolhido (prática simulada) poderá, do mesmo modo, ser adaptado ao desenvolvimento de outras competências de caráter prático que possam ser identificadas nos outros serviços da instituição, fora do âmbito do SAV.

A periodicidade e o formato de aplicação da prática simulada são também passíveis de adaptação aos diferentes serviços da instituição, de acordo com as necessidades dos seus profissionais. Os serviços em que o risco de ocorrência de PCR é mais elevado dispõem de elementos com mais experiência na área, sendo que beneficiam de treinos mais frequentes e com recurso a momentos de prática simulada mais curtos. Para os serviços em que a casuística da PCR é mais baixa sugerem-se momentos de prática menos frequentes, mas mais prolongados, com recurso a uma componente teórica mais desenvolvida, em complementaridade com a formação de SAV preconizada pela instituição.

Em relação à periodicidade da replicação da intervenção no serviço, sugere-se que a mesma seja dinamizada a cada 1-3 meses, uma vez que as sessões práticas de curta duração e alta frequência se demonstraram eficazes no aumento da performance em situações de SAV em PCR (Anderson, et al., 2018).

Segundo Halm (2018), a aproximação da simulação à realidade dos serviços é benéfica para a formação dos seus profissionais de saúde. Neste contexto, recomenda-se a aquisição de manequins de alta-fidelidade e equipamentos que permitam desenvolver estes momentos de prática simulada da forma mais aproximada possível às experiências vivenciadas no serviço. Neste contexto, o estabelecimento de parcerias com outras Instituições poderá providenciar o apoio financeiro ou de equipamentos necessários para promover este tipo de projetos.

É importante referir que, conforme descrito anteriormente, a recolha de dados relativos à prestação dos elementos envolvidos foi realizada apenas para ajuste do *debriefing*.

No entanto, a recolha, registo e tratamento destes dados em projetos desta natureza poderá ser realizada futuramente, com o objetivo de desenvolver estudos primários que se relacionem com a objetivação da melhoria em cada um dos parâmetros de avaliação.

Outros estudos poderão ser desenvolvidos no sentido de perceber o impacto das práticas simuladas na sobrevivência e recuperação das vítimas de PCR, à semelhança de estudos como o de Pareek, et al., (2018).

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Ao longo do percurso acadêmico, é expectável que o estudante adquira e desenvolva as competências necessárias para se tornar Mestre e Especialista em EMC-PSC. O percurso formativo culmina na realização do EF, em que o estudante aplica os conhecimentos adquiridos ao longo da fase teórica à prática clínica desenvolvida nesse contexto. No presente capítulo pretende-se realizar a análise crítica e reflexiva da atuação em EF, evidenciando a sua contribuição para a aquisição e desenvolvimento das competências supracitadas.

O Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro declara, no ponto 1 do artigo 15.º do capítulo III do título II, que o grau de Mestre é atribuído ao estudante que demonstre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016):

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p. 3174)

No ponto 2 do mesmo artigo, declara-se que o “grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016). Desta forma,

depreende-se que o mestrando deva desenvolver as competências relativas à sua área de especialização. Como tal, conforme descrito no pedido de acreditação da Universidade de Évora (UE) à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior do novo ciclo de estudos, é expectável que a competência de mestre em Enfermagem “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.24) seja igualmente desenvolvida pelo estudante.

Ao considerarmos o Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, referente ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), particularmente nos conteúdos da alínea 3 do Artigo 4.º, considera-se o Enfermeiro Especialista como (MS, 1996):

“enfermeiro habilitado com um curso de especialização de enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (p.2)

Nesse contexto, as competências a desenvolver para obtenção do título de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC encontram-se descritas nos Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (OE, 2019a) e no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (OE, 2018), correspondentes às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, respetivamente.

É importante ainda realçar a importância dos modelos e conceitos teóricos para a análise que se segue. Procuraremos explicitar as relações existentes entre os pressupostos teóricos encontrados nos mesmos e as experiências que vivenciámos, no decurso da análise.

No sentido de espelhar uma linha de raciocínio mais clara, optámos por agrupar a análise das competências comuns de Enfermeiro Especialista e as competências de Mestre, uma vez que a sua complementaridade o permite. Neste sentido, os quadros apresentados posteriormente englobam os domínios de competência (e as competências comuns correspondentes) associados às competências de Mestre que considerámos poder analisar em sequência.

Como tal, apresenta-se em seguida a análise crítica, reflexiva e fundamentada sobre a atuação em EF, demonstrando a aquisição e desenvolvimento das competências acima referidas.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
Competência de Mestre
c) <i>Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.</i>
Competências Comuns de Enfermeiro Especialista
A1 - <i>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.</i>
A2 - <i>Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</i>

Quadro n.º 1 - Competências de Mestre e Competências Comuns de Enfermeiro Especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Referências da fonte – Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República, 1.ª série, n.º 176, p. 3174; Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, Diário da República, 2.ª série, n.º 26, p. 4746

A prática da Enfermagem envolve um grande sentido de responsabilidade, empatia e respeito pelo outro. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista procura, em benefício das pessoas de quem cuida, adotar uma prática que promova o seu bem-estar, o seu direito à individualidade e que vá ao encontro das suas necessidades, com consideração contante nas normas e valores éticos envolvidos nos cuidados.

A UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem revelou-se extremamente importante para o desenvolvimento das competências deste domínio, na medida em que tivemos oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre os conceitos, princípios e valores éticos inerentes à Enfermagem, bem como a legislação em vigor que orienta a sua prática. Nesse contexto, realizámos a leitura de vários documentos mencionados durante a UC, como os instrumentos reguladores da profissão de Enfermagem (Código Deontológico do Enfermeiro e REPE), a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Lei de Bases da Saúde. Esta revisão reforça a nossa visão sobre a responsabilidade profissional e sobre os deveres a cumprir diariamente durante o processo do cuidar.

Ao longo do EF, procurámos atuar constantemente em conformidade com os princípios éticos e a deontologia profissional. Os cuidados prestados e as decisões tomadas tiveram em conta os direitos humanos e a individualidade de cada pessoa/família, considerando a sua

cultura, as suas crenças e valores. Enquanto elementos da equipa multidisciplinar, participámos nas tomadas de decisão ética em situações de elevada complexidade e procurámos refletir sobre as mesmas com as Enfermeiras orientadoras e com a restante equipa onde nos inserimos. Desta forma, promovemos a reflexão em equipa sobre estas situações.

As pessoas internadas no SMI encontram-se muitas vezes sob terapêutica sedativa e ventilação invasiva, pelo que são, frequentemente, incapazes de comunicar. Este aspeto pode dificultar o estabelecimento da relação terapêutica durante a prestação de cuidados. De forma a ultrapassar essa barreira comunicativa, recorremos, sempre que aplicável, ao uso de instrumentos para comunicação, como os quadros, ou utilizámos estratégias designadas para o efeito, como o aperto da mão em resposta a questões simples.

É então relevante mencionar os contributos das UC's de Relação de Ajuda e Enfermagem Médico-Cirúrgica I para este processo, no sentido em que nos permitiram aprofundar conhecimentos sobre o estabelecimento da relação terapêutica, em particular ao nível da comunicação. O facto de conhecermos diversos protocolos de comunicação de más notícias (como o protocolo SPIKES ou o protocolo SAD NEWS, por exemplo) e estratégias para uma comunicação eficaz capacitou-nos para gerir melhor os momentos de comunicação com as pessoas/família. Procurámos providenciar a informação relevante às famílias das pessoas internadas no SMI, relativas às competências de Enfermagem. Sempre que solicitado, facilitámos a reunião da família com o médico responsável, para que recebessem a restante informação clínica. Estes momentos de comunicação com as pessoas/famílias permitiram-nos, enquanto equipa multidisciplinar, envolvê-los nas decisões sobre os cuidados e melhorar a sua experiência durante o internamento.

A autonomia das pessoas nestas situações encontra-se muitas vezes comprometida. No entanto, tentámos promover a autonomia das pessoas de quem cuidámos e integrar as famílias das pessoas nos cuidados, sempre que possível, zelando pelos seus direitos. É importante mencionar que nem todos os familiares mostraram disponibilidade para participar nos cuidados, pelo que respeitámos a sua opção. O consentimento da pessoa/família face a procedimentos invasivos, como as cirurgias e a traqueostomia, foi obtido e registado. Este processo salvaguarda a equipa multidisciplinar em termos legais e protege a pessoa/família, respeitando a sua opção face à intenção apresentada.

As pessoas internadas no SMI encontram-se em situações vulneráveis e é estritamente necessário que os profissionais as protejam. Como tal, é imperativo respeitar o seu direito à

privacidade, dignidade e confidencialidade. As unidades no SMI têm área definida, com cortinas próprias, sendo possível isolar cada uma delas e impedir a visualização da área exterior. Durante o EF, salvaguardamos o direito à privacidade e dignidade das pessoas de quem cuidamos durante o processo de cuidados, através da aplicação das várias medidas para o efeito, como o mencionado isolamento da unidade. Em relação à confidencialidade, cumprimos sempre o dever do sigilo, nos termos dos documentos que regulamentam a profissão.

Os casos clínicos integrados no PI foram criados na sequência da sua implementação, pelo que não correspondem a casos reais encontrados ao longo do EF. O projeto não foi dirigido para a intervenção direta com as pessoas internadas no SMI, mas sim para a capacitação da EEMI para atuar em situações de PCR, em qualquer contexto.

Durante o EF, adotamos uma postura que dignifica a profissão, o serviço, a Instituição e a Escola, com consciência das nossas responsabilidades profissionais. Procuramos atualizar constantemente o nosso conhecimento em todas as áreas e colocar em prática as aprendizagens desenvolvidas, objetivando a excelência no cuidar.

Consideramos, assim, ter atingido as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, com base na justificação evidenciada.

Domínio da melhoria contínua da qualidade
Competência de Mestre
d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimento e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, que a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.
Competências Comuns de Enfermeiro Especialista
B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias 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.

Quadro n.º 2 – Competências de Mestre e Competências Comuns de Enfermeiro Especialista do domínio da melhoria contínua da qualidade

Referências da fonte – Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República, 1.ª série, n.º 176, p. 3174; Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, Diário da República, 2.ª série, n.º 26, p. 4747-4748

A segurança nos cuidados de saúde é um elemento essencial para garantir a qualidade dos mesmos. Neste sentido, a garantia de segurança nos cuidados ajuda a melhorar a experiência das pessoas internadas e, ao mesmo tempo, promove a otimização a gestão económica das instituições, pela prevenção do risco de complicações no decurso do internamento.

Numa primeira fase do EF, o nosso principal foco foi a integração adequada no SMI, através do conhecimento da estrutura, funcionamento e gestão do próprio serviço, protocolos e normas a adotar, bem como recursos humanos e materiais disponíveis. Este processo permitiu-nos construir uma base para garantir uma cultura de segurança, não só nos cuidados que prestámos, mas também no seio da equipa, pela sugestão de melhoria aquando da identificação de situações de potencial risco.

O conhecimento científico adquirido ao longo de todo o EF foi essencial para garantir o ambiente seguro e permitiu a prestação de cuidados de qualidade, baseados na evidência científica. É relevante considerar a influência do modelo teórico nesse contexto, guiando a nossa pesquisa pela informação mais atual e relevante sobre as diversas temáticas estudadas durante o percurso. Ao longo do EF, procurámos partilhar o conhecimento adquirido com as equipas onde nos inserimos, gerando momentos de discussão e aprendizagem conjunta. Esta ação possibilitou o desenvolvimento de uma cultura de segurança na equipa, proporcionando igualmente a oportunidade de desenvolver competências de liderança, que serão posteriormente analisadas.

No que concerne à prestação direta de cuidados, procurámos sempre garantir um ambiente seguro com unidades arrumadas, organizadas e livres de potenciais perigos (como chão molhado, gestão inadequada de dispositivos médicos e materiais, por exemplo), quer para as pessoas de quem cuidámos, quer para os profissionais. Procurámos igualmente promover um ambiente terapêutico, livre de barulho e luzes fortes, prestando os cuidados com consideração à individualidade de cada pessoa/família, com respeito constante pelas suas crenças, valores e espiritualidade. De forma a prevenir potenciais erros e consequentemente aumentar a segurança da pessoa, promovemos a sua correta identificação de acordo com a orientação 018/2011 da DGS, praticada no serviço (DGS, 2011). O Regulamento Geral da Proteção de Dados foi respeitado, nos termos da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto (Assembleia da República [AR], 2019).

A maior parte dos fármacos disponíveis no serviço encontram-se armazenados em sistema próprio da Supply Point Systems®, que permite que cada profissional insira os seus dados de

registo e retire o fármaco necessário da unidade de armazenamento. Estes sistemas facilitam o acesso aos fármacos desejados, com a abertura exclusiva da gaveta correspondente aos mesmos, reduzindo o risco de erro terapêutico. Não obstante, os fármacos foram constantemente verificados, bem como os seus prazos de validade, no sentido de garantir a segurança da pessoa. A segurança no armazenamento e utilização de fármacos de alerta máximo foram realizadas com base na norma da DGS n.º 014/2015 (DGS, 2015a). A utilização de hemoderivados respeitou a norma n.º 038/2012 da DGS (DGS, 2012), salvo em situações excecionais, conforme previsto na mesma norma.

Durante o EF executámos diversas vezes os testes de equipamentos disponíveis no serviço como, por exemplo, os monitores-desfibrilhadores, ventiladores e equipamentos utilizados em técnicas de substituição renal. Tivemos oportunidade de acompanhar uma das Enfermeiras orientadoras no desempenho de funções de gestão (em colaboração com a Enfermeira Coordenadora do SMI), com verificação da utilização e dos níveis disponíveis de materiais de consumo clínico e fármacos, assim como realizar a reposição dos respetivos *stocks*. Todas estas intervenções contribuem para a manutenção de um ambiente seguro e para a otimização dos processos de gestão de custos do serviço.

No sentido de prevenir ocorrências de quedas e de reduzir o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, foram utilizadas as escalas de Morse (de acordo com a norma n.º 008/2019 da DGS [DGS, 2019]) e Braden, respetivamente. Estas escalas encontravam-se inseridas nas plataformas de registo de informação disponíveis no serviço, pelo que a sua avaliação foi feita diariamente.

Durante a prestação de cuidados, e objetivando a segurança da pessoa, foram utilizadas medidas de controlo de infeção, de acordo com as recomendações do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Verificou-se que existe uma grande preocupação com o risco associado às infeções no SMI, pelo que a equipa cumpre cuidadosamente as medidas propostas. No entanto, sempre que se verificou que as mesmas não eram cumpridas, procurámos reforçar a informação relativa à sua necessidade, quer para benefício das pessoas de quem cuidámos, quer para proteção dos profissionais.

Os registos dos cuidados foram efetuados nas mencionadas plataformas de registo de informação, com recurso à utilização de linguagem CIPE®, integrada nas mesmas. Verificou-se uma mudança de plataforma de registo (de SClínico® para B-Simple®) ao longo do EF, pelo que

foi necessária uma nova adaptação da nossa parte. Esta readaptação poderia constituir uma dificuldade importante encontrada ao longo EF. No entanto, a plataforma B-Simple® revelou-se bastante intuitiva e a experiência que desenvolvemos com a linguagem CIPE® ao longo do curso de Mestrado foi crucial para que este processo se desenrolasse de forma mais célere. Este tipo de programas possibilita, então, a utilização de uma linguagem comum entre os profissionais, prevenindo o erro e contribuindo para a continuidade dos cuidados. Os dados referentes a vários indicadores também podem ser retirados deste tipo de plataformas, o que permite verificar o volume de trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros do serviço e facilita a realização de estudos estatísticos. Desta forma, é possível adequar a gestão do serviço aos dados obtidos, bem como justificar a potencial necessidade de reforço da equipa multidisciplinar em função dos mesmos.

Em relação à comunicação da informação na transição dos cuidados, foi utilizada a metodologia ISBAR, de acordo com a norma n.º 001/2017 da DGS (DGS, 2017a), de forma a otimizar a transmissão da mesma e garantir a continuidade de cuidados. Durante este processo, comunicámos informações à equipa sobre potenciais situações de risco identificadas com necessidade de reavaliação.

Ao longo do percurso do EF, tivemos ainda a oportunidade de transferir pessoas para realização de exames complementares de diagnóstico e para outros serviços da Instituição, como o Bloco Operatório, por exemplo. Os transportes da pessoa em situação crítica requerem preparação prévia, com preparação e realização de testes de equipamentos, malas de transporte devidamente acondicionadas e adaptação da própria equipa ao evento do transporte, muitas vezes com o acompanhamento da pessoa por vários profissionais em simultâneo. Estes momentos permitiram-nos, em colaboração com as Enfermeiras orientadoras, gerir a organização da equipa para responder a este tipo de situações, quando em funções de chefia de equipa.

Os princípios de ergonomia no local de trabalho foram aplicados durante o EF e, no sentido de zelar pela segurança dos profissionais do serviço, procurámos reforçar a informação junto da restante equipa.

É importante realçar a contribuição da UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica, uma vez que nos conferiu bastante conhecimento na área. No âmbito desta UC foi realizado um trabalho com a temática “Ambientes Favoráveis à Prática Clínica”, elemento este que nos ajudou a identificar as estratégias de governação clínica utilizadas no serviço. Diariamente é realizada uma verificação do volume de trabalho dos Enfermeiros do serviço, com a aplicação de escalas

designadas para o efeito, como a *Nursing Activity Score (NAS)*. Esta escala permite a avaliação da complexidade dos cuidados para cada pessoa, atribuindo uma pontuação relativa ao volume de trabalho necessário durante a prestação de cuidados de Enfermagem à mesma (Miranda, et al., 2003). Esta intervenção revela-se essencial para adaptar a gestão e segurança dos cuidados, não só atribuindo os profissionais mais experientes às pessoas em situações mais complexas, mas também ajustando o reforço da equipa, através da mobilização de elementos no serviço, em função da necessidade. Esta análise permite igualmente manter dotações seguras no serviço. Este processo gera um controlo mais adequado do volume de trabalho para cada profissional, melhorando a sua gestão de tempo e permitindo aos profissionais estarem mais disponíveis para situações inesperadas e para a prestação de cuidados de excelência. No sentido do desenvolvimento profissional da equipa, pudemos verificar que se realizam muitos momentos de formação em serviço. Uma das Enfermeiras orientadoras de EF é o elemento responsável pela formação em serviço, demonstrando reconhecida experiência na área, dedicação e capacidade de motivação da equipa para o efeito. Este fator promove um ambiente favorável à prática no serviço e contribui para a elevação do nível de conhecimentos da equipa. Deste modo, a experiência da pessoa internada na SMI melhora, uma vez que a equipa está mais preparada para a prestação de cuidados de excelência e para reduzir os potenciais riscos inerentes aos mesmos. Durante o percurso do EF, participámos nas sessões de formação em serviço “Monitorização Hemodinâmica Invasiva” e “Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos”, contribuindo também para o nosso desenvolvimento profissional e participando em programas de melhoria contínua em curso no serviço.

A nossa área de interesse para realização do PI permitiu responder a uma necessidade formativa do SMI, conforme detetado pela Enfermeira responsável pela formação em serviço. Neste sentido, consideramos que a elaboração deste projeto foi muito importante para o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão e participação em programas de melhoria contínua, conforme preconizado. O mesmo foi construído com recurso a metodologia de projeto e em precisa ligação com o modelo teórico de June Larrabee, selecionado para o contextualizar. Como tal, evidencia-se, da seguinte forma, a relação entre as várias etapas do modelo teórico e as etapas de desenvolvimento do projeto (Larrabee, 2009):

Etapas 1 – “Avaliar a necessidade de mudança na prática” (*Assess the need for change in practice*)

Durante a primeira fase do projeto, verificámos que o SMI seria uma parte interessada na aplicação do mesmo no serviço, objetivando a melhoria contínua e o desenvolvimento profissional dos seus elementos. O problema que levou à escolha da temática foi identificado recorrendo às ferramentas *brainstorming* e votação múltipla, evidenciadas no documento de levantamento de necessidades formativas do SMI. A necessidade de mudança na prática prendeu-se com uma maior aposta na formação dos profissionais na área temática e não com a realização inadequada da formação preconizada anteriormente. Assim, pretendeu-se que o projeto complementasse a formação já existente na área temática.

Etapa 2 – “Encontrar a melhor evidência” (*Locate the best evidence*)

Após a identificação do problema, procedemos à pesquisa da melhor evidência científica disponível sobre a temática, no sentido de adaptar a intervenção aos dados obtidos. Esta ação levou-nos à produção de um artigo científico sobre a temática, intitulado “A Influência da Prática Simulada no Desenvolvimento de Competências de Suporte Avançado de Vida: *Scoping Review*” (Apêndice I), em que recolhemos todas as informações disponíveis sobre a temática, com o objetivo de mapear o conhecimento sobre a temática. Desta forma, e após análise minuciosa da informação obtida, procurámos encontrar a melhor forma de planear e implementar o projeto.

É de igual modo possível pensar na produção deste elemento científico como um passo determinante no caminho da perícia. A produção de novo conhecimento científico e a sua disseminação são características habitualmente encontradas nos Enfermeiros peritos (Benner, 1984).

Etapa 3 – “Analisar criticamente a evidência” (*Critically analyze the evidence*)

Na sequência da construção do artigo científico, a evidência encontrada foi devidamente analisada e criticada, apenas constando na sua produção a informação considerada relevante e fidedigna.

Etapa 4 – “Projetar a mudança na prática” (*Design practice change*)

Após a identificação do problema e da pesquisa da melhor evidência, procedemos ao planeamento da intervenção, descrito em capítulo anterior. Em transição para a etapa seguinte, foi realizada uma sessão de formação que pretendia dar conhecimento das alterações às *Guidelines* da AHA para a prática de SAV Cardiovascular, no sentido de preparar os profissionais para a intervenção.

Etapa 5 – “Implementar e avaliar a mudança na prática” (*Implement and evaluate change in practice*)

Após a realização da sessão formativa, decorreu a sessão de prática simulada com a equipa selecionada, seguida de um momento de *debriefing*, após cada caso desenvolvido. No final da sessão, os elementos presentes procederam à avaliação da mesma utilizando um instrumento utilizado na Instituição, providenciando *feedback* sobre a utilidade da intervenção, bem como sugestões de melhoria.

Etapa 6 – “Integrar e manter a mudança na prática” (*Integrate and maintain change in practice*)

Na fase final do projeto, os resultados da intervenção foram comunicados à Enfermeira Coordenadora do SMI e as fichas de avaliação da sessão foram entregues para arquivo. No final da intervenção, procurámos providenciar as recomendações para a aplicação futura deste tipo de iniciativas.

Reportando novamente à influência das UC’s lecionadas durante o Mestrado, é também importante referir que os conhecimentos adquiridos na UC de Formação e Supervisão em Enfermagem foram essenciais para facilitar o planeamento e implementação do projeto, sobretudo na construção do plano de sessão e dos diapositivos a utilizar durante a mesma.

O projeto contribuiu, assim, para um ambiente de excelência clínica, não só pela sua ligação à melhoria contínua, mas também por conferir capacidade de resposta à equipa face a situações de PCR.

Atendendo à argumentação apresentada, consideramos ter atingido as competências supracitadas.

Domínio da gestão dos cuidados
Competências Comuns de Enfermeiro Especialista
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.

Quadro n.º 3 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista do domínio da gestão dos cuidados

Referências da fonte – Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, Diário da República, 2.ª série, n.º 26, p. 4748-4749

Durante o EF, tivemos a oportunidade de prestar cuidados diretos à pessoa em situação crítica, com total autonomia na gestão dos mesmos, enquanto elementos da equipa multidisciplinar do SMI. O processo dos cuidados foi abordado junto das Enfermeiras orientadoras, no sentido de demonstrar o raciocínio clínico implícito e de criar oportunidades de discussão e aprendizagem. Procurámos constantemente garantir a articulação e complementaridade com a restante equipa multidisciplinar. É importante realçar a colaboração existente com os Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, que realizam um trabalho fulcral para a recuperação e readaptação da pessoa durante o internamento no SMI. Para além deste trabalho específico, estes elementos fornecem-nos informações essenciais para que possamos planear e adequar os restantes cuidados à pessoa, no sentido de otimizar a sua recuperação.

As Enfermeiras orientadoras desempenharam várias vezes a função de chefia de equipa ao longo do percurso, pelo que tivemos oportunidade de observar diretamente a sua atuação, o que contribuiu ativamente para a aprendizagem. O chefe de equipa do SMI gere a sua equipa de Enfermagem e organiza o turno, realizando a distribuição dos seus elementos (Enfermeiros e Assistentes Operacionais) pelas pessoas internadas no serviço, em função das necessidades identificadas. Este processo tem em conta a escala NAS realizada no turno da noite do dia anterior, conforme anteriormente mencionado. Desta forma, adequa-se a experiência e a diferenciação dos elementos da equipa às necessidades das pessoas e promove-se uma cultura de segurança e qualidade nos cuidados. Durante o turno, é também designado um elemento experiente para a função de Enfermeiro da EEMI, que irá responder às necessidades noutras áreas da Instituição. Este Enfermeiro integra a equipa do SMI do 1º piso, apoiando os restantes elementos da equipa nos cuidados, sempre que necessário. Quando a EEMI é acionada, o elemento destacado desloca-se à área de intervenção, juntamente com o médico destacado. Infelizmente, não nos foi possível experienciar uma saída com a EEMI, uma vez que essa função não foi atribuída às Enfermeiras orientadoras durante o EF. Numa grande parte dos turnos realizados, foi necessário que as mesmas desempenhassem funções de chefia de equipa. O elemento que desempenha o papel de chefe de equipa otimiza também a articulação da equipa multidisciplinar, a gestão de vagas, a gestão de conflitos e a articulação com outros serviços da Instituição, caso seja necessário. Ao acompanharmos as Enfermeiras orientadoras no desempenho destas funções, procurámos ajudá-las ou substituí-las nas mesmas, o que promoveu o desenvolvimento das competências supracitadas.

A Enfermeira Coordenadora do SMI assiste às passagens de turno realizadas pela equipa, no sentido de se inteirar dos motivos do internamento das pessoas que se encontram no serviço

e de perceber quais as necessidades de recursos relacionadas com os cuidados às mesmas. Este processo permite-lhe otimizar a gestão do serviço e reforçar a equipa, caso se verifiquem recursos humanos insuficientes para responder à situação. Verificou-se que o SMI é uma UCI polivalente, recebendo pessoas de níveis II e III, pelo que procuraram manter as dotações seguras, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE (OE, 2019b). A identificação dos equipamentos avariados e dos níveis insuficientes de recursos materiais influenciam igualmente a gestão das vagas disponíveis no SMI, pelo que apenas se transferem pessoas para o serviço caso se verifiquem as condições adequadas de segurança para as receber. Esta gestão de vagas totais disponíveis é realizada pela Enfermeira chefe de equipa, em colaboração com a Enfermeira Coordenadora e com a equipa médica. A observação direta deste tipo de rotinas permitiu-nos aferir a importância de cada uma das medidas na gestão e liderança do serviço, contribuindo de igual forma para o desenvolvimento das competências supracitadas. A Enfermeira Coordenadora, ou a Enfermeira chefe de equipa em sua substituição, procura estar presente na reunião da equipa multidisciplinar que se realiza diariamente, onde se discute e define o planeamento dos cuidados às pessoas internadas no SMI. Posteriormente, a informação é transmitida à equipa, para que se possam planear os cuidados e preparar eventuais transferências ou realização de exames complementares de diagnóstico. Tivemos a oportunidade de participar numa destas reuniões, acompanhados por uma das Enfermeiras orientadoras, e, seguidamente, transmitir a informação à restante equipa. Este processo contribuiu para a nossa articulação com a equipa e para otimizar a resposta da mesma durante o turno em questão.

Conforme mencionado anteriormente, surgiu a oportunidade de realizar turnos de gestão com uma das Enfermeiras orientadoras. Para além da contribuição ao nível das competências no âmbito da segurança, a experiência permitiu-nos gerir os recursos materiais disponíveis e perceber como os poderíamos adaptar às várias situações e contextos na prática.

Durante o EF, procurámos partilhar os nossos conhecimentos com a equipa, providenciando a evidência científica que encontrámos sobre várias áreas temáticas do nosso interesse. Este aspeto foi importante para gerar momentos de *brainstorming* em equipa e para transpor, posteriormente, esta evidência para a prática diária de cuidados, procurando a melhoria da qualidade dos mesmos. Para estes momentos de partilha contámos também com a nossa anterior experiência no serviço onde trabalhamos. O SMI não é o nosso serviço de origem, pelo que se torna difícil liderar de forma ativa e efetiva. Neste caso, o nosso estilo de liderança prendeu-se com a sugestão de boas práticas, a colocação de questões pertinentes e

importantes, tal como a criação de momentos de discussão, que fazem os nossos pares refletir sobre as situações e os cuidados que prestam. É possível verificar, mais uma vez, a influência dos modelos teóricos selecionados neste âmbito. O facto de procurarmos implementar a mudança na prática, providenciando evidência científica atual e fidedigna, é essencial para o desenvolvimento das melhores práticas, conforme descrito por Larrabee (2009). Este conhecimento teórico alia-se à nossa experiência na procura pela perícia, de acordo com Benner (1984). A nossa experiência profissional permitiu-nos analisar as situações que encontramos de forma ampla, considerando não só o conhecimento adquirido, mas também a nossa intuição. Procurámos providenciar, de forma proativa, a fundamentação para todas as nossas decisões, bem como antecipar potenciais alterações do estado de saúde da pessoa. O facto de adotarmos esta postura, de atualização constante, de autocritica face à nossa atuação e da procura da melhoria, poderá fazer com que os nossos pares se sintam seguros com a nossa prestação e nos considerem, pouco a pouco, uma referência. Este aspeto poderá levar à liderança pelo exemplo, fomentando a motivação para a atualização por parte da equipa.

No nosso local de trabalho, pertencemos a uma equipa em que somos um dos elementos mais experientes, pelo que assumimos o papel de chefia de equipa com alguma frequência. Estas funções são bastante semelhantes às funções que são desenvolvidas no SMI, mencionadas anteriormente. Desta forma, desenvolvemos de igual modo, durante a nossa prática diária, as competências inseridas neste domínio.

A UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica, lecionada ao longo do Mestrado, contribuiu igualmente para o desenvolvimento destas competências, conferindo-nos conhecimentos sobre a gestão dos cuidados e sobre os ambientes favoráveis à prática. É essencial que os elementos que gerem o serviço garantam um ambiente favorável à prática para as suas equipas, na medida em que estes potenciam a excelência nos cuidados e uma melhor experiência de internamento por parte das pessoas.

Considerando a argumentação apresentada, pensamos ter atingido as competências relativas a este domínio.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais
Competências de Mestre
a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação
b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.
e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.
Competências Comuns de Enfermeiro Especialista
D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Quadro n.º 4 - Competências de Mestre e Competências Comuns de Enfermeiro Especialista do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Referências da fonte – Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República, 1.ª série, n.º 176, p. 3174; Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, Diário da República, 2.ª série, n.º 26, p. 4749-4750

A experiência que fomos adquirindo ao longo de 12 anos na área da pessoa em situação crítica permitiu-nos conhecer as nossas lacunas e os nossos pontos fortes, pelo que fomos desenvolvendo consciência do nosso valor, quer enquanto profissionais de saúde, quer enquanto pessoas. Este autoconhecimento é crucial para o nosso desenvolvimento profissional, uma vez que nos possibilita atuar sobre essas mesmas lacunas e tentar melhorar, cada vez mais, a nossa capacidade.

A procura do conhecimento e a vontade de melhorar levou-nos a este percurso do Mestrado. Esta iniciativa constituiu, ao mesmo tempo, um objetivo e um desafio. Desde o término da licenciatura, foi nosso objetivo continuar a aprender, a desenvolvermo-nos pessoal e profissionalmente, procurando não só a capacidade de prestar melhores cuidados de Enfermagem, como também a capacidade de ajudar os outros a fazê-lo. Neste sentido, o conceito de equipa é, para nós, fulcral na Enfermagem e no cuidar. Enquanto elementos de uma equipa, emprestamos diariamente a nossa capacidade e o nosso valor, com a missão de cumprir um objetivo. No entanto, é importante ajudar os nossos pares na mesma missão, fazendo com que a equipa trabalhe toda no mesmo sentido. Ao conhecermos mais, ao sermos mais experientes, temos a possibilidade de transmitir segurança, motivação e ensinar algo novo aos

nostros pares, elevando o potencial e a capacidade da equipa como um todo. Ainda assim, apesar da experiência adquirida e da atualização de conhecimento constante, cada um dos elementos da equipa poderá ter algo novo para nos transmitir, independentemente da sua própria experiência, contribuindo também para o nosso desenvolvimento. Este papel de facilitadores de aprendizagem é particularmente importante enquanto elementos experientes no seio da equipa, enquanto elementos integradores de novos colegas e enquanto orientadores de novos estudantes. Ao longo da nossa experiência profissional, integrámos vários colegas novos no nosso serviço, orientámos vários estudantes da licenciatura e procuramos sempre ajudar os restantes colegas de equipa, tendo assim oportunidade de desenvolver competências nesse âmbito.

O desafio de voltarmos a ser estudantes foi muito interessante, na medida em que nos permitiu voltar a desenvolver e aprofundar competências que foram desenvolvidas durante a nossa formação anterior. O facto de criarmos desafios para nós próprios é motivador e a motivação é crucial para o desenvolvimento. Durante este processo, o autoconhecimento permitiu-nos identificar as áreas em que mais necessitamos de melhorar. Ao trabalhar nas nossas próprias lacunas, tornamo-nos mais confiantes e mais assertivos.

No sentido de planearmos o nosso desenvolvimento ao longo do EF, elaborámos um PE, que inclui as estratégias a utilizar para o desenvolvimento das competências preconizadas nos diversos domínios.

Durante todo o percurso, procurámos rever os conteúdos lecionados nas UC's, bem como realizar pesquisas bibliográficas sobre várias áreas temáticas. O estudo da evidência científica permitiu-nos atualizar o conhecimento pré-existente e criar conhecimento nas áreas em que não possuíamos experiência prévia. Este conhecimento adquirido foi partilhado com as Enfermeiras orientadoras e com a equipa, gerando momentos de discussão e aprendizagem para ambas as partes. A aquisição do conhecimento permitiu-nos também clarificar a nossa linha de raciocínio, otimizar o nosso processo de pensamento e justificar a nossa tomada de decisão, bem como sugerir mudanças com recurso à evidência apresentada. Torna-se então importante referir o contributo da UC de Investigação em Enfermagem para este processo, uma vez que nos providenciou as ferramentas para otimizar a pesquisa da informação mais recente e fidedigna. As UC's de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada e de Enfermagem Médico-Cirúrgica (1, 2, 3, 4 e 5) foram também muito relevantes para a aquisição do conhecimento e posterior aplicação nos cuidados durante o EF.

Ao longo do EF sentimos uma evolução constante na nossa atuação, não só pelo trabalho desenvolvido, mas também pela adaptação à equipa e ao serviço. A experiência anterior desempenhou um papel importante nessa evolução, tal como o facto de ter sido muito bem recebido pela equipa. Apesar de contarmos com bastante experiência na área da pessoa em situação crítica, procurámos adotar uma postura humilde e corremos o risco de transmitir falta de confiança, pelo que foi um dos aspetos que considerámos como uma dificuldade. No entanto, com o passar do tempo e com o *feedback* transmitido por parte das Enfermeiras orientadoras, identificámos que seria necessário melhorar este aspeto. A avaliação intermédia cumpriu o propósito de ajustar o foco nas competências a melhorar e a fomentar a manutenção das ações proativas e positivas identificadas. Posteriormente, procurámos demonstrar mais autoconfiança e espelhar o nosso valor e experiência na área, pelo que sentimos que desenvolvemos a nossa assertividade.

Foi possível constatar que a equipa do SMI é extremamente motivada no que concerne à formação. Conforme referido anteriormente, o serviço promove vários momentos de formação aos quais a equipa adere com bastante frequência. Este aspeto foi ao encontro da nossa opção para o PI e contribuiu para o sucesso na sua implementação. Com o objetivo de promover o nosso desenvolvimento, procurámos participar nos momentos de formação que ocorreram no SMI, conforme mencionado anteriormente. Estes momentos contribuíram para o aumento do conhecimento nas respetivas áreas e para ajustar a prática dos cuidados com base na aprendizagem.

Ainda no campo da formação, é fundamental salientar a nossa participação nos cursos de SAV e de *International Trauma Life Support* (ITLS), realizados no âmbito da UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 4, com apreciação positiva. Estes cursos capacitaram-nos para atuar em situações de emergência e complementaram o conhecimento já existente na respetiva área.

Consideramos ainda ser relevante consignar a contribuição da UC de Relação de Ajuda para o desenvolvimento do autoconhecimento e, em particular, para facilitar a resolução de conflitos e potenciar a comunicação adequada com a equipa multidisciplinar. As estratégias de comunicação permitem-nos comunicar com clareza e assertividade, o que favorece o desenvolvimento da relação com os restantes elementos da equipa e, consequentemente, melhora a nossa integração na mesma.

Em ligação com a promoção da prática baseada na evidência que descrevemos anteriormente, desenvolvemos e aplicámos o PI intitulado “Prática Simulada de Suporte

Avançado de Vida – Treino de Equipe Especializada” durante o EF no SMI. Este projeto envolveu uma pesquisa bibliográfica prévia e o desenvolvimento de um artigo científico, como foi referido anteriormente. Após a produção do artigo, o projeto foi ajustado às recomendações encontradas na evidência. Como tal, a iniciativa revelou-se importante no sentido de promover a prática baseada na evidência e de aprofundar os conhecimentos dos Enfermeiros da EEMI sobre *guidelines* mais recentes da AHA. A Instituição encontra-se em processo de transição para formar e creditar os seus profissionais na prática com base nas *guidelines* referidas, pelo que ajustámos o projeto a esta necessidade, o que poderá facilitar e complementar a formação necessária futuramente.

Em síntese, consideramos que os Enfermeiros Especialistas devem ser agentes de mudança, dinamizando novos projetos que contribuam para o desenvolvimento e para a melhoria dos serviços, em benefício das pessoas de quem cuidam. É possível, mais uma vez, constatar a influência dos modelos teóricos selecionados no desenvolvimento das competências deste domínio. O nosso interesse, experiência e conhecimento prático na área do SAV levou-nos à intenção do aprofundamento e criação de conhecimento na área temática, objetivando a perícia, conforme enunciado por Benner (1984). Posteriormente, a evidência criada e a pesquisa bibliográfica conduzida moldaram a aplicação do projeto. O mesmo foi concebido sob orientação do modelo de Larrabee (2009) e visou promover a aplicação da evidência à prática.

Com base na argumentação apresentada, pensamos ter atingido as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Nos enunciados do Regulamento n. 429/2018, de 16 de julho, referente ao Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018).

Segundo o mesmo Regulamento, as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC são: “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação; maximiza a prevenção, intervenção 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).

Em seguida, procuraremos analisar o nosso percurso durante o EF e prática profissional, com vista à demonstração de aquisição e desenvolvimento das competências previstas no Regulamento supracitado.

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

Competência de Mestre - “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.26)

O nosso percurso profissional anterior proporcionou-nos a possibilidade de adquirir esta competência ao longo do tempo. Considerando o desempenho de funções num serviço de Urgência Geral há cerca de 12 anos, o tempo de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é considerável, o que, por sua vez, facilitou o desenvolvimento da competência durante o EF. O conhecimento prático, moldado pela experiência, denota a correlação com os pressupostos apresentados por Benner (1984). No entanto, a área da saúde encontra-se em constante mudança, por conta do desenvolvimento de novos estudos científicos e do avanço tecnológico que se verifica nos tempos que correm. Este EF constituiu uma oportunidade para desempenharmos funções num contexto diferente da nossa prática diária, sugerindo o desenvolvimento da nossa capacidade de adaptação e o aprimorar das nossas competências na área da pessoa em situação crítica.

Durante os primeiros dias do EF, tivemos oportunidade de observar e colaborar com as Enfermeiras orientadoras e os restantes profissionais do serviço na prestação direta de

cuidados. Este aspeto foi particularmente importante para nos integrarmos adequadamente no serviço e desenvolver a autonomia, na medida em que nos foi possível observar a utilização de equipamentos e a realização de procedimentos com os quais não nos encontrávamos muito familiarizados até ao momento. Os equipamentos utilizados para as técnicas de substituição renal são um dos exemplos neste contexto, uma vez que não os utilizamos no nosso serviço de origem. A demonstração da utilização destes equipamentos e da realização destes procedimentos complementou a informação que pesquisámos sobre a matéria, tornando a nossa atuação posterior mais rápida e menos propensa ao erro. Assim, observámos, em primeira instância, os procedimentos que não tínhamos tido oportunidade de realizar anteriormente e procurámos, posteriormente, colaborar ou realizar autonomamente estes procedimentos, com supervisão e acompanhamento por parte das Enfermeiras orientadoras.

O estudo das áreas temáticas referentes à fisiopatologia e farmacologia foi crucial durante o EF, pois facilitou o desenvolvimento do nosso raciocínio clínico e permitiu apresentar a base científica para a nossa tomada de decisão durante os cuidados. Coloca-se particular ênfase na evidência científica, uma vez que os estudos desenvolvidos nos providenciam dados úteis que ajudam a otimizar as decisões no processo de cuidados especializados. Este aspeto vai igualmente ao encontro do modelo proposto por Larrabee (2009).

As UC's de Enfermagem Médico-Cirúrgica 1, 2, 4 e Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada contribuíram significativamente para a aquisição deste conhecimento. Os cursos de ITLS e SAV, realizados no âmbito da UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 4, foram especialmente importantes na medida em que nos capacitaram para a abordagem a situações de emergência, respondendo ao agravamento do estado de saúde das pessoas em situação crítica. Estes cursos permitiram-nos aprofundar conhecimentos nas áreas temáticas do choque de várias etiologias, patologia neurológica, situações de peri-paragem cardiorrespiratória, interpretação da monitorização cardíaca e emergências médicas que se revelaram muito úteis ao longo do EF.

Durante o percurso, as Enfermeiras orientadoras, aquando do desempenho das funções de chefia de equipa, procuraram atribuir-nos a responsabilidade de cuidar das pessoas em situação crítica com elevado grau de complexidade, objetivando maximizar as oportunidades de aprendizagem. Apesar da nossa experiência num serviço de Urgência Geral e de contactarmos com estas necessidades de cuidados complexos diariamente, a casuística difere de serviço para serviço. Um dos exemplos é o contacto com pessoas com necessidade de

ventilação mecânica invasiva. Durante a nossa prática diária, contactamos com estes casos pontualmente, pelo que a abordagem não é treinada com uma frequência muito significativa, quando comparada à que encontramos no SMI. O estágio proporcionou um contacto quase constante com este tipo de situações, o que otimizou o processo de aprendizagem e nos habilitou a planear, implementar e avaliar melhor os cuidados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva no futuro.

O papel da experiência anterior foi preponderante para a adaptação ao SMI e para a prestação dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Neste sentido, é importante destacar o papel das Enfermeiras orientadoras, uma vez que facilitaram a adaptação do modelo de raciocínio clínico com que estamos familiarizados aos cuidados no SMI. Em situações de emergência no nosso serviço, utilizamos habitualmente a metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) na abordagem à pessoa em situação crítica. As pessoas internadas no SMI encontram-se num ambiente mais controlado, menos caótico, em que existem menos instâncias de agravamento de forma repentina, pela monitorização constante e utilização de tecnologia que permite a substituição de algumas funções vitais. No entanto, concluímos que este processo de pensamento poderá ser aplicável ao processo de cuidados à pessoa internada no SMI, otimizando o estabelecimento de prioridades e detetando precocemente os sinais de instabilidade.

O estudo que desenvolvemos e a experiência que adquirimos no decorrer do estágio permitiu-nos mobilizar o conhecimento para detetar precocemente os focos de instabilidade na pessoa em situação crítica. A abordagem perante a instabilidade é muitas vezes complexa e requer que os intervenientes sejam capazes de estruturar o pensamento clínico de forma célere e precisa. Neste sentido, a atualização dos conhecimentos e a prática baseada na evidência é fundamental para responder às situações referidas.

Conforme mencionado anteriormente, durante o EF, foi-nos possível contactar com pessoas sob ventilação mecânica invasiva, quer com conexão por tubo orotraqueal, quer por traqueostomia. Durante os cuidados, realizámos intervenções de Enfermagem que permitiram prevenir complicações associadas à ventilação mecânica, como a correta fixação do tubo/traqueostomia, manutenção da pressão do *cuff*, pré-oxigenação prévia à aspiração de secreções, posicionamentos adequados da pessoa, entre outros. Nas pessoas sob ventilação não invasiva promovemos a correta colocação dos interfaces, bem como a sua substituição periódica por tipos de interfaces diferentes, facilitando a adaptação e prevenindo as alterações

tegumentares por efeito da pressão da máscara na face. Não tivemos oportunidade de cuidar de pessoas sob oxigenoterapia de alto fluxo durante o EF. No entanto, atendendo à nossa experiência prévia na pandemia SARS-CoV-2 e à utilização esporádica atual desta técnica no nosso serviço, desenvolvemos competências na sua utilização durante a nossa prática diária. Em todas as situações descritas anteriormente, monitorizámos minuciosamente os volumes de oxigénio administrados, bem como os parâmetros e as curvas ventilatórias. A realização e interpretação das gasometrias de sangue arterial foi importante para o ajuste dos parâmetros de ventilação e volumes de oxigénio, em colaboração com a equipa médica.

A monitorização cardíaca contínua das pessoas em situação crítica é essencial para avaliar o estado hemodinâmico das mesmas e adequar a resposta às alterações identificadas. Durante o estágio, colaborámos na colocação de linhas arteriais, CVC e cateter para avaliação do *Pulse index Continuous Cardiac Output* (PiCCO). Estes dispositivos permitiram-nos a monitorização da pressão arterial invasiva e do débito cardíaco (e seus derivados), o que possibilitou o ajuste da terapêutica de suporte, como por exemplo os vasopressores e os inotrópicos, dentro do protocolo terapêutico complexo estabelecido. O nosso conhecimento adquirido e a nossa experiência anterior possibilitaram, de igual forma, interpretar os traçados eletrocardiográficos evidenciados no monitor e nos eletrocardiogramas realizados. Este aspeto também contribuiu para a identificação de focos de instabilidade e prevenção de complicações. A monitorização do balanço hídrico é igualmente importante para evitar potenciais sobrecargas hídricas, pelo que foi realizado em todos os turnos.

Durante o EF, contactámos com pessoas que foram vítimas de trauma, pelo que tivemos a oportunidade de colocar em prática a nossa experiência na área. As situações de trauma podem gerar potenciais complicações graves e instabilidade hemodinâmica, muitas vezes ligadas à ocorrência de hemorragias importantes, quer por fraturas ósseas, quer por lesão de órgãos internos (*American College of Surgeons* [ACS], 2018). Considerando este facto, procurámos identificar potenciais sinais de hemorragia interna e instabilidade hemodinâmica atempadamente, atuando em conformidade.

Em relação à execução de SAV, não contactámos com nenhuma situação de PCR durante o EF. No entanto, o nosso PI foi realizado com esta temática em mente e pretendeu preparar os profissionais para executar SAV em situações de PCR. Como tal, e para sermos capazes de desenvolver o projeto no serviço, foi necessário adquirir os conhecimentos e competências nesta área temática. No nosso contexto laboral deparamo-nos diversas vezes com situações de

PCR, pelo que desenvolvemos esta unidade de competência durante a nossa prática diária. Adicionalmente, é importante reportar à formação que realizámos na área do SAV, quer em contexto laboral, quer na sequência do Mestrado.

A aplicação de técnicas de substituição renal e a plasmaferese foram experiências que não desenvolvemos ao longo da nossa experiência profissional anterior. Durante o EF, tivemos a oportunidade de contactar com este tipo de situações diversas vezes, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências nesse âmbito.

Conforme descrito anteriormente, realizámos transportes das pessoas em situação crítica para outros serviços da Instituição e para a realização de exames complementares de diagnóstico, em acompanhamento das Enfermeiras orientadoras. No sentido de prevenir potenciais complicações no decorrer do transporte, cooperámos na gestão da equipa para a realização do mesmo e reunimos todo o material necessário à sua realização, garantindo que se reuniam as condições de segurança para os efetivar. Adicionalmente, assegurámos que as pessoas se encontravam suficientemente estáveis para serem transferidas, reduzindo o risco de ocorrência de potenciais complicações.

Os esquemas nutricionais progressivos, a alimentação parentérica e os ajustes de perfusões de insulina em função dos níveis de glicémia com os quais contactámos são bastante diferentes dos aplicados no nosso serviço de origem, pelo ajustámos, naturalmente, a nossa prática ao contexto.

Em relação ao bem-estar e à gestão da dor na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, procurámos preencher as escalas preconizadas para a avaliação destes parâmetros, o que nos permitiu identificar as necessidades e aplicar as intervenções para alívio do desconforto, da dor e prevenção das úlceras por pressão e das quedas.

Nesta sequência, utilizámos escalas de avaliação da agitação-sedação, como a escala *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS), que nos permitiu avaliar se as pessoas internadas no SMI se encontravam agitadas, bem como a sua resposta à diminuição dos níveis de sedação aplicados. Esta escala facilita também a identificação de sinais de desconforto nestas pessoas, pelo foram aplicadas medidas para o seu alívio. Nas pessoas que não se encontravam sob terapêutica sedativa e sem “barreiras” comunicativas, como a presença de tubo orotraqueal, foi aplicada a escala de coma de Glasgow na avaliação do estado de consciência.

Relativamente à dor, aplicámos escalas como a escala numérica, a escala visual analógica e a Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID). Com a sua aplicação, verificámos a necessidade de aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, tais como o posicionamento, controlo da respiração e a gestão do ambiente físico, bem como a necessidade de administração de terapêutica analgésica. O preenchimento destas escalas contribui também para a identificação dos focos de instabilidade, na medida em que a dor pode ser um indicador de agravamento do estado de saúde, particularmente nos fenómenos tromboembólicos e nos períodos pós-cirúrgicos. As barreiras comunicativas mencionadas são fatores que afetam particularmente a avaliação a dor na pessoa em situação crítica, uma vez que a mesma se encontra privada de a manifestar.

No que concerne ao risco de ocorrência de úlceras por pressão, a escala de eleição foi a escala de Braden, amplamente difundida e em utilização no nosso serviço de origem. O preenchimento desta escala permitiu-nos ajustar o planeamento dos cuidados. No âmbito da prevenção de quedas, utilizámos a escala de quedas de Morse, igualmente usada na nossa prática diária.

A gestão da dor é também essencial nas pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas. Estas pessoas são, muitas vezes, submetidas a vários procedimentos cirúrgicos durante o internamento no SMI, regressando ao serviço pela necessidade da manutenção de cuidados especializados. Na nossa prática diária não contactamos frequentemente com pessoas em fase pós-operatória, pelo que não possuíamos muita experiência nesta área. O estágio proporcionou-nos a oportunidade de o fazer com bastante frequência, o que foi extremamente benéfico em termos de aprendizagem. Foi-nos possível realizar tratamento de feridas cirúrgicas complexas, bem como monitorização dos níveis de drenos cirúrgicos e seu manuseamento, incluindo sistemas de drenagem com penso de vácuo. Esta monitorização dos conteúdos permite-nos, igualmente, identificar potenciais sinais de instabilidade e aferir se a pessoa precisa de voltar ao bloco operatório para resolução de potenciais complicações decorrentes do processo cirúrgico.

Ainda no contexto da administração de protocolos terapêuticos complexos, é importante mencionar a gestão da sedo-analgesia. Em muitas das pessoas de quem cuidámos, foi executada a monitorização do Índice Bispectral através de monitor próprio, que permitiu perceber o seu nível de sedação e posteriormente ajustar a terapêutica sedo-analgésica, caso necessário.

A comunicação eficaz e o estabelecimento da relação de ajuda com a pessoa em situação crítica e com a sua família/cuidador são determinantes para melhorar a sua experiência de

internamento, reduzindo o stress e a ansiedade face à situação e facilitando a participação dos mesmos nos cuidados. Durante o EF, procurámos aproveitar todas as oportunidades para comunicar com as pessoas de quem cuidámos. Nos casos em que a comunicação se encontrava comprometida por presença de barreiras comunicativas, como a presença do tubo orotraqueal ou a sedação ligeira, recorremos a técnicas e estratégias de comunicação como o aperto da mão, linguagem gestual ou a utilização de quadros para escrita. Os conhecimentos adquiridos ao longo das UC's de Enfermagem Médico-Cirúrgica 1 e Relação de Ajuda foram particularmente importantes para ajudar a gerir estes momentos de comunicação. Os protocolos de transmissão de más notícias, também lecionados nestas UC's, facilitaram a comunicação das situações clínicas das pessoas às suas família/cuidador, particularmente nas situações de prognóstico reservado. Salienta-se ainda a realização de um trabalho sobre o protocolo "SAD NEWS" no contexto das UC's supracitadas.

Em todo o período do EF, não contactámos com nenhuma situação de morte cerebral, com manutenção da função vital para doação de órgãos. No contexto da nossa prática no serviço de Urgência Geral, tivemos essa oportunidade múltiplas vezes, prestando os cuidados necessários e efetivando a transferência para o SMI ou para outras Instituições, quando necessário. Em relação à dignificação da morte e processo de luto da família/cuidador, consideramos ter atingido esta unidade de competência na nossa prática profissional. Tendo em conta a nossa experiência num serviço de Urgência Geral, contactamos frequentemente com estas situações e providenciamos apoio às famílias/cuidadores nesse contexto, utilizando os protocolos de comunicação de más notícias acima referidos.

Durante a experiência do EF, produzimos ainda um Estudo de Caso relativo a uma pessoa de quem cuidámos. O trabalho contemplou uma pesquisa bibliográfica sobre as patologias apresentadas pela pessoa, bem como dos seus antecedentes pessoais de saúde, a descrição do caso encontrado e o desenvolvimento de um plano de cuidados dirigido à pessoa/família. Desta forma, o trabalho assenta na metodologia do processo de Enfermagem, uma das ferramentas básicas do Enfermeiro, e promove o planeamento e a continuidade dos cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Este Estudo de Caso pretendeu também demonstrar a aquisição das várias competências ao longo do EF, tendo sido entregue no momento da avaliação final do mesmo. O trabalho constitui um elemento meramente académico, pelo que não existe intenção de publicação da nossa parte, protegendo identidade da pessoa, da sua família/cuidador e a da Instituição, por razões de

confidencialidade. Optámos por mencionar trabalho nesta competência, uma vez que a mesma se refere a todo o processo de cuidados à pessoa em situação crítica.

Pelos motivos previamente apresentados, julgamos ter atingido a competência acima descrita.

“2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção em catástrofe, da conceção à ação.” (OE, 2018, p.19363)

Enquanto Enfermeiros Especialistas, é expectável que coordenemos e lideremos as nossas equipas na resposta às situações de emergência, exceção e catástrofe, garantindo que se cumprem cuidadosamente os planos em vigor. É igualmente essencial que participemos na sua conceção e atualização, otimizando os processos e a articulação com as várias entidades intervenientes.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, as situações de emergência resultam “da agressão sofrida por um indivíduo por parte de qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida” (OE, 2018). Durante as situações de exceção, é necessário que se realize uma gestão adequada dos recursos humanos e técnicos ao dispor, garantindo a sua coordenação e desempenho, na resposta a situações em que se verifique um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis (OE, 2018). A Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto, que corresponde à segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, referente à Lei de Bases da Proteção Civil, define a situação de catástrofe como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (AR, 2015).

Ao longo da nossa experiência enquanto elementos de um serviço de Urgência Geral, contactámos múltiplas vezes com situações de emergência. Somos um elemento com experiência na área em questão, desempenhando muitas vezes funções de chefia de equipa e atuação em sala de reanimação, aspeto este que nos confere a possibilidade de desenvolver esta competência na prática diária. No desempenho das funções acima referidas, é necessário

procedermos à tomada de decisão rápida e à otimização dos recursos disponíveis perante as situações de emergência. Esta experiência permitiu-nos, durante o EF e em conjunto com as Enfermeiras orientadoras, responder e coordenar a resposta da equipa à emergência, como em situações de peri-paragem e outras alterações súbitas do estado de saúde das pessoas. Nesse contexto, procurámos prever e identificar precocemente as complicações possíveis, comunicando com as Enfermeiras orientadoras e com a restante equipa multidisciplinar, bem como atuar perante estas situações quando as mesmas já se encontravam instaladas. Durante este período, não contactámos com nenhum caso de PCR, o que não nos permitiu colocar em prática todos os nossos conhecimentos adquiridos ao longo do tempo.

Em relação às situações de exceção e catástrofe, também não presenciámos qualquer situação, pelo que não foi possível colocar em prática a nossa experiência na área. No entanto, procurámos consultar o Plano de Contingência Global da Instituição, que contempla não só o plano de contingência interno como o plano de catástrofe externo, o que nos possibilitou conhecer melhor as medidas de resposta a estas situações. Através da comunicação com as Enfermeiras orientadoras e com um dos elementos responsáveis pela resposta às situações de catástrofe do SMI, foi-nos possível compreender melhor as medidas tomadas nesse contexto, bem como perceber que o plano se encontra atualizado e não carecia de sugestões de melhoria ou reformulação.

Na sequência de uma situação de catástrofe, o plano de catástrofe é acionado e cada serviço assume um papel a cumprir, no sentido de otimizar a resposta a essa mesma situação. No caso do SMI, a Enfermeira Coordenadora, ou o elemento em sua substituição, responsabiliza-se pela gestão dos recursos humanos e materiais disponíveis, em conjunto com o médico responsável. Em caso de necessidade, estes elementos agilizam a transferência das pessoas internadas no serviço para outros serviços ou outras Instituições hospitalares, em função da necessidade e complexidade dos cuidados. Em relação aos recursos humanos, os Enfermeiros que não se encontrem a realizar o turno no momento da situação de catástrofe poderão ser contactados para reforçar a equipa de serviço. É ainda importante salientar que os fluxogramas de evacuação se encontram bem identificados no serviço, o que facilita o trabalho dos elementos que se responsabilizam pela coordenação da equipa.

Para o desenvolvimento desta competência é ainda relevante referenciar o contributo da UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 3, que nos providenciou os conhecimentos sobre a área temática e nos deu a conhecer a legislação existente sobre a mesma. A Orientação n.º 007/2010

de 6 de outubro emanada pela DGS é de particular importância, constituindo um guia geral para a resposta às situações de catástrofe, com consideração dos diversos tipos de riscos, acidentes e acontecimentos de saúde pública (DGS, 2010b). Esta legislação e orientações suportam e contextualizam os planos de emergência e catástrofe criados pelas Instituições, a nível global, e pelos serviços, a nível local. No âmbito desta mesma UC, realizámos um póster com o título “A Utilização de *Drones* na Localização e Triagem das Vítimas de Catástrofe”, que possibilitou, de igual modo, a aquisição de conhecimentos sobre a matéria, bem como a procura pela inovação e exploração de novos métodos de resposta às situações de catástrofe. É ainda relevante relatar que o curso de ITLS, realizado na sequência da UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 4, foi fundamental para desenvolver conhecimento e capacidade de atuação perante cenários com múltiplas vítimas, pelo que também contribui para melhorar a resposta estas situações.

Durante a nossa experiência profissional num serviço de Urgência Geral, contactámos diversas vezes com situações de exceção e catástrofe, pelo que a nossa experiência nos ajudou a desenvolver esta competência ao longo do tempo e a estarmos preparados para atuar durante o período do EF. Para tal, também é importante reportar à formação em serviço realizada anteriormente, relativa à atuação em situação de catástrofe e à triagem em situações de catástrofe. Estes aspetos conferem-nos segurança, organização e capacidade na atuação perante este tipo de situações. Uma das situações de exceção mais significativas por que passámos foi a pandemia por SARS-CoV-2, em que se verificou um amplo aumento do número de pessoas que recorreram à Instituição. Não só se verificou um aumento muito significativo do número de pessoas, mas também o número de situações graves e de emergência durante esse período. Os recursos eram escassos face à situação e a ativação quase constante do plano de contingência foi estritamente necessária. Durante este período, desempenhámos várias vezes a função de chefia de equipa no nosso serviço, procurando coordenar a resposta da nossa equipa à situação de exceção. Deste modo, pensamos que estes tipos de experiências nos ajudaram a desenvolver a competência acima referida.

Semelhantemente, no âmbito da nossa experiência profissional, temos a oportunidade de ser um dos elementos responsáveis pela coordenação de uma equipa de assistência a provas desportivas, criada por protocolo entre a Instituição, na qual realizámos o EF, e a Câmara Municipal. Esta equipa presta assistência médica e de Enfermagem aos atletas que participam nas provas desportivas que acontecem ao longo do ano na cidade. Como elementos coordenadores, articulamo-nos com as diversas entidades que participam na resposta a situações de emergência, como a Proteção Civil, o INEM, as corporações de bombeiros e as

autoridades policiais, no sentido de garantir a assistência aos participantes nos eventos e a sua evacuação para as Instituições, caso seja necessário. Embora estas atividades não tenham sido realizadas na sequência do EF, consideramos que são igualmente preponderantes para promover o desenvolvimento desta competência.

Pela argumentação exposta, consideramos ter atingido a competência acima referida.

“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)

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a resistência aos antimicrobianos por parte dos microrganismos têm-se revelado um problema considerável nos cuidados de saúde. Estas condições contribuem para o aumento das taxas de mortalidade e morbilidade das pessoas internadas e resultam no aumento dos custos e recursos associados aos cuidados de saúde, consequentes do aumento dos tempos de internamento (DGS, 2017b). Neste sentido, pretende-se que os Enfermeiros Especialistas em EMC-PSC sejam elementos de referência nas equipas onde se encontram inseridos, contribuindo ativamente para a prevenção destas condições durante a prestação de cuidados e concebendo planos ou estratégias potenciar a ação das suas equipas no mesmo sentido.

Numa fase inicial do EF, consultámos os protocolos e normas de procedimento existentes no serviço, bem como a documentação referente às indicações do GCL-PPCIRA, no sentido de perceber as medidas de prevenção e controlo de infeção adotadas no SMI. Posteriormente, consultámos o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da DGS, o que nos permitiu aprofundar o conhecimento sobre a temática em questão. Este processo permitiu-nos refinar a prática de cuidados e ficar mais atentos às medidas a utilizar, bem como capacitar-nos para estimular a adesão das medidas por parte da equipa multidisciplinar.

Ao longo de todo do EF, procurámos garantir o cumprimento das normas e procedimentos preconizados para o controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, respeitando as recomendações transmitidas pelo GCL-PPCIRA e pela DGS. A adesão a este tipo de medidas foi

sugerida, de igual modo, à restante equipa multidisciplinar, sempre que se considerou necessário. Foi-nos então possível reparar que a equipa do SMI é extremamente preocupada com estas medidas, cumprindo cuidadosamente as indicações em prol das pessoas internadas no serviço. Nesse contexto, procurámos manter as unidades arrumadas e limpas, assegurando também a desinfeção dos equipamentos utilizados e da área da unidade com a periodicidade estipulada, de forma a minimizar os riscos inerentes à prática de cuidados.

Pudemos constatar que o SMI dispõe de duas vagas que permitem isolamento físico das pessoas internadas e de cortinas individuais para cada uma das suas unidades, permitindo a utilização do isolamento por método barreira sempre que necessário. As pessoas com patologia infecciosa foram mobilizadas para as vagas adequadas, no sentido de proteger a equipa e as restantes pessoas internadas no serviço, sendo posteriormente transferidas para outras vagas, quando as medidas de isolamento foram suspensas, disponibilizando o espaço para um eventual novo isolamento. Aquando da prestação de cuidados às pessoas internadas no SMI, cumprimos as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) indicadas. Perante uma pessoa em isolamento, foram utilizadas as precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT) correspondentes, ajustando os equipamentos de proteção individual (EPI) ao tipo de isolamento, de acordo com as recomendações da DGS. O serviço dispõe, também, de sinalética adequada para identificar os tipos de isolamento em cada unidade, pelo que os dísticos foram aplicados mediante a necessidade.

Uma das infeções mais preocupantes em serviços de medicina intensiva é a pneumonia associada à intubação (PAI) traqueal, condição essa que pode resultar no aumento da duração dos internamentos no SMI, bem como da mortalidade (DGS, 2015a). Nesse contexto, consultámos a Norma n.º 021/2015 de 16 de dezembro atualizada a 17 de novembro de 2022, correspondente ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de PAI, que nos deu a conhecer as intervenções necessárias a realizar para prevenir essas infeções (DGS, 2015a). A outra condição que nos preocupou particularmente no início do EF foi a infeção relacionada com o cateter venoso central (CVC). Grande parte das pessoas com quem contactámos tinham CVC colocado, pelo que considerámos necessário pesquisar mais informação sobre a temática. Tivemos então oportunidade de consultar a Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022, que corresponde ao “Feixe de Intervenções” para Prevenção da Infeção Relacionada com o CVC (DGS, 2015b). É importante relatar que, no SMI, se realizam trocas dos sistemas de linha arterial e CVC a cada 72h, pelo que esta medida vai ao encontro do documento *“Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections”*, produzido pelo *Center for Disease*

Control and Prevention (O’Grady, et al., 2011). Durante todo o EF, cumprimos as indicações das normas emanadas pela DGS durante os cuidados e procurámos motivar a equipa para o mesmo objetivo, colocando em prática a evidência científica encontrada. Através da adoção da prática baseada na evidência, é mais uma vez observável a ligação com o modelo teórico de Larrabee (2009).

No sentido de aprofundarmos o conhecimento sobre as medidas de prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos, tivemos oportunidade, conforme referido anteriormente, de participar na formação em serviço intitulada “Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos”, ministrada por dois elementos responsáveis pelo controlo de infeção do SMI, uma das quais foi uma das Enfermeiras orientadoras que nos acompanhou ao longo do percurso. No final da sessão de formação, realizámos um teste de aquisição de conhecimentos, obtendo avaliação positiva.

A UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5 foi também muito importante para o desenvolvimento desta competência, providenciando-nos conhecimento sobre a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e sobre as várias diretrizes criadas pela DGS, como o Plano Nacional de Controlo de Infeção (PNCI), por exemplo. No âmbito desta UC, realizámos ainda um trabalho com o título “Prevenção e Controlo da Transmissão da Infeção por *Clostridioides difficile* num Serviço de Urgência Geral”, que nos permitiu desenvolver competências na conceção de um plano de atuação dirigido à temática.

Conforme demonstrado, julgamos ter atingido a competência mencionada.

CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu-nos refletir sobre o nosso percurso de aprendizagem, consolidando as experiências que vivenciámos ao longo do EF. O mesmo foi muito importante na percepção das nossas limitações e pontos fortes, com vista ao desenvolvimento futuro e à continuidade do caminho formativo. De igual modo, possibilitou que percebêssemos realmente o quão importante é o papel da Enfermagem especializada. Consideramos que o Enfermeiro Especialista tem um papel preponderante nas Instituições, agindo como uma referência e contribuindo efetivamente para garantir a qualidade e eficácia dos cuidados, promover o desenvolvimento dos seus pares e elevar a profissão de Enfermagem.

O PE, desenvolvido no início do EF, ajustou-nos a delinear estratégias para cumprir os objetivos propostos para o estágio, servindo de guia orientador para esse efeito. Como tal, concluímos que a adoção deste tipo de projetos é crucial para otimizar os processos de aprendizagem.

O PI desenvolvido no contexto do EF revelou-se um desafio extremamente interessante e enriquecedor, que nos permitiu crescer, tanto a nível profissional como pessoal. Este projeto permitiu desenvolver capacidades de estruturação de uma intervenção a aplicar num contexto, utilizando metodologia de projeto. O mesmo deu resposta a uma necessidade encontrada no serviço onde realizámos o estágio, potencialmente gerando um impacto efetivo na prática dos profissionais envolvidos, e foi ao encontro do nosso interesse particular na área temática, o que facilitou todo o processo. Apesar de a EEMI dar resposta a diversas situações de emergência na Instituição, os episódios de PCR na sua área de atuação não são comuns, o que dificulta a manutenção das competências de SAV ao longo do tempo. Como tal, o projeto foi muito bem recebido por parte da equipa envolvida, pelo que todos os elementos consideraram que este tipo de iniciativas deve ser desenvolvido com bastante frequência, respondendo à necessidade.

Assim, concluímos que a inclusão de momentos de prática simulada de SAV revelou-se benéfica para os elementos envolvidos, facilitando a aquisição de conhecimentos e competências nesse âmbito e preparando-os para a sua realidade nos serviços.

Futuramente, sugere-se o desenvolvimento de novos projetos de práticas simuladas e aquisição de materiais de apoio de alta-fidelidade, o que poderá facilitar a adesão dos profissionais a este tipo de formação e providenciar alternativas ou complementos à formação preconizada atualmente.

É ainda importante ressaltar que o PI é passível de adaptação a diversos serviços da instituição e pode ser reestruturado para aplicação a outras áreas de competência, o que poderá resultar no desenvolvimento dos profissionais dos mesmos serviços.

A elaboração do artigo científico na sequência do PI foi igualmente importante, na medida em que nos permitiu adquirir o conhecimento necessário para a sua implementação e, ao mesmo tempo, ter a oportunidade de criar um elemento científico. Este elemento contempla a nossa influência, o nosso cunho pessoal, e constitui uma partilha do conhecimento que adquirimos com os nossos pares. Desta forma, consideramos que demos mais um passo no caminho da perícia.

Como principal dificuldade ao longo do EF, podemos referir o facto de realizar o estágio em simultâneo com a atividade profissional, o que por vezes se torna difícil de gerir. Esta limitação foi ultrapassada pela determinação e empenho que demonstrámos ao longo do EF. A necessidade de readaptação a um novo sistema informático constituiu, de igual modo, uma limitação. No entanto, esta dificuldade foi rapidamente ultrapassada, uma vez que a plataforma se revelou bastante intuitiva, permitindo manter o detalhe nos registos efetuados.

Relativamente às perspetivas futuras, tencionamos dar continuidade ao trabalho na área temática que escolhemos para o PI. É uma área do nosso agrado e que pretendemos trazer para o nosso serviço, considerando que é um dos locais que mais contacta com as situações de PCR. A Enfermagem, à semelhança das outras profissões em mudança, requer dedicação extrema e constante desenvolvimento profissional, em prol do nosso alvo da prática, as pessoas. O desenvolvimento profissional pode ser uma meta de satisfação pessoal, de facto, mas o cuidado ao outro é o que faz a Enfermagem valer a pena.

Sumariamente, consideramos ter atingido o objetivo proposto para presente relatório, demonstrando que desenvolvemos as competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em EMC-PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Surgeons [ACS] (2018). Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual. 10ª Edição. ISBN 78-0-9968262-3-5.
- American Heart Association [AHA] (2018). Resuscitation Education Science: Educational Strategies to Improve Outcomes from Cardiac Arrest. *Circulation*. 138. e82-e122. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000583
- American Heart Association [AHA] (2020). Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*. 142 (Suppl 2). DOI: 10.1161/CIR.0000000000000916
- Anderson, R., Sebaldt, A., Lin, Y., Cheng, A. (2018). Optimal training frequency for acquisition and retention of high-quality CPR skills: A randomized trial. *Resuscitation: Simulation and Education*. Volume 135.153-161. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.10.033>
- Anonymous (2016). Regulamento da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar do CHD. Obtido na Intranet do CHD.
- Anonymous (2017a). Manual de Acolhimento de Novos Profissionais do CHD. Obtido na Intranet do CHD.
- Anonymous (2017b). Regulamento Interno do CHD. Obtido na Intranet do CHD.
- Anonymous (2018). Regulamento Interno do Serviço de Cuidados Intensivos do CHD. Obtido na Intranet do CHD.
- Assembleia da República [AR] (2015). Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto: segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149. 5311-5326. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/69927759/details/maximized?p_auth=Hp3hEbcM/en

- Assembleia da República [AR] (2019). Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto: Lei da Proteção de Dados Pessoais. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151. 3-40. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>
- Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde [AESES] (2022). Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem. Obtido do Moodle da ESS/IPS: <https://moodle.ips.pt/2324/>
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 20. 6– 15. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Brykczynski in Alligood, M. (2013). *Nursing Theory: Utilization and Application*. Chapter 7. 5ª edição. Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-09189-3.
- Direção Geral de Saúde (2010a). Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO de 22 de junho: Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2010b). Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. *Direção-Geral da Saúde*. 1-125. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011). Orientação n.º 018/2011 de 23 de maio: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. *Direção-Geral da Saúde*. 1-3. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2012). Norma n.º 038/2012 de 30 de dezembro: Utilização Clínica de Concentrado Eritrocitário no Adulto. *Direção-Geral da Saúde*. 1-16. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0382012-de-30122012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015a). Norma n.º 014/2015 de 6 de agosto: Medicamentos de alerta máximo. *Direção-Geral da Saúde*. 1-7. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015b). Norma n.º 021/2015 de 16 de dezembro: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. *Direção-Geral da Saúde*. 1-13. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015c). Norma n.º 022/2015 de 16 de dezembro: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Direção-Geral da Saúde*. 1-17. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção-Geral da Saúde*. 1-8. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2017b). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017. *Direção-Geral da Saúde*. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde (2019). Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. *Direção-Geral da Saúde*. 1-20. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

European Resuscitation Council [ERC] (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*. 161. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>

Fawcett, J. (2005a). Middle Range Nursing Theories are necessary for the advancement of the discipline. *Revista Aquichan*. 5 (1). 32-43. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/57/119>

- Fawcett, J. (2005b). Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Ferrito, C., Ruivo, A., Nunes, L., & Estudantes 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15. 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Grady, P. A. (2017). Advancing science, improving lives: NINR's new strategic plan and the future of nursing science. *Journal of Nursing Scholarship*. 49 (3). 247. DOI: 10.1111/jnu.12286
- Halm, M., Crespo, C. (2018) Acquisition and Retention of Resuscitation Knowledge and Skills: What's Practice Have To Do With It?. *American Journal of Critical Care*. 27 (3). 513-517. DOI: 10.4037/ajcc2018259
- Hamilton, R. (2005). Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 51 (3). 288-297. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03491.x
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM] (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. Versão 2.0 - 1ª Edição 2020.
- Jameson, J. L., Kasper, D. L., Longo, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Loscalzo, J. (2018). Harrison's Principles of Internal Medicine. Volume I. 20ª Edição. McGraw-Hill Education. ISBN: 978-1-25-964404-7
- Kuzovlev, A., Monsieurs, K.G., Gilfoyle, E., Finn, J., Greif, R. (Education Implementation and Teams Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation) (2021). The effect of team and leadership training of advanced life support providers on patient outcomes: A systematic review. *Resuscitation*. 160. 126-139. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.01.020
- Larrabee, J. H. (2009). Nurse to Nurse - Evidence Based Practice: Expert Interventions. *McGraw-Hill Global Education Holdings*. ISBN 0-07-164276-5.
- Linn, A. C., Caregnato, R. C. A., Souza, E. N. (2019). Clinical Simulation in Nursing Education in Intensive Therapy: an Integrative Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72 (4). 1061-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0217>

- Madden, C. (2006). Undergraduate nursing students' acquisition and retention of CPR knowledge and skills. *Nurse Education Today*. 26. 218–227. DOI: 10.1016/j.nedt.2005.10.003
- Meaney, P.A., Sutton, R.M., Tsima, B., Steenhoff, A.P., Shilkofski, N., Boulet, J.R., Davis, A., Kestler, A.M., Church, K.K., Niles, D.E., Irving, S.Y., Mazhani, L., Nadkarni, V.M. (2012). Training hospital providers in basic CPR skills in Botswana: acquisition, retention and impact of novel training techniques. *Resuscitation*. 83. 1484–1490. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2012.04.014
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de setembro: Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República, I Série*, nº176. 3159 - 3191. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Ministério da Saúde [MS] (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República, Série I-A*, n.º 205. 2959-2962. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Direção de Serviços de Planeamento (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa.
- Miranda, D.R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*. 31 (2). 374-82. DOI: 10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC.
- Morton, S., Powers, K., Jordan, K., Hatley, A. (2019) The Effect of High-Fidelity Simulation on Medical-Surgical Nurses' Mock Code Performance and Self-Confidence. *MedSurg Nursing*. 28 (3).177-182. DOI: 10.3928/00220124-20091023-06
- Nallamothu, B.K., Guetterman, T.C., Harrod, M., Kellenberg, J.E., Lehigh, J.L., Kronick, S.L., Krein, S.L., Iwashyna, T.J., Saint, S., Chan, P.S. (2018). How Do Resuscitation Teams at Top-Performing Hospitals for In-Hospital Cardiac Arrest Succeed? A Qualitative Study. *Circulation*. 138. 154-163. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.033674
- Nascimento, J. S. G., Nascimento, K. G., Oliveira, J. L. G., Alves, M. G., Silva, A. R., Dalri, M. C. B. (2020). Clinical Simulation for Nursing Competence Development in Cardiopulmonary Resuscitation: Systematic Review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 28 (e3391). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4094.3391>

- Nogueira, N.R. (2005). *Pedagogia dos Projetos. Etapas, papéis e atores*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Erica. ISBN 85-365-0078-6.
- Oermann, M.H., Krusmark, M.A., Kardong-Edgren, S., Jastrzembski, T.S., Gluck, K.A. (2020). Training Interval in Cardiopulmonary Resuscitation. *PLOS ONE*. 15 (1). e0226786. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226786>
- O'Grady, N.P., Alexander, M., Burns, L.A., Dellinger, E.P., Garland, J., Heard, S.O., Lipsett, P.A., Masur, H., Mermel, L.A., Pearson, M.L., Raad, I.I., Randolph, A.G., Rupp, M.E., Saint, S. (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC]) (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical Infectious Diseases*. 52 (9). e162-93. DOI: 10.1093/cid/cir257
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, n.º 135/2018, 2ª Série. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184, 128-155. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Pareek, M., Parmar, V., Badheka, J. & Lodh, N. (2018). Study of the impact of training of registered nurses in cardiopulmonary resuscitation in a tertiary care centre on patient mortality. *Indian Journal of Anaesthesia*. 62(5). 381-384. DOI: 10.4103/ija.IJA_17_18

- Powell, K. (2015). Nursing research: Nurses know best. *Nature*. 522 (7557). 507–509. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nj7557-507a>
- Rosswurm M.A., Larrabee J.H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Image Journal of Nursing Scholarship*. 31 (4). 317-22. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x. PMID: 10628096.
- Rudolph, J., Simon, R., Dufresne, R., Raemer, D. (2006). There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simulation in Healthcare*. 1 (1). 49–55. DOI: 10.1097/01266021-200600110-00006
- Santos, E. C. A., Fontes, C. J. F., D'Artibale, E. F., Miravete, J. C., Ferreira, G. E., Ribeiro, M. R. R. (2021). Simulation for Teaching Cardiorespiratory Resuscitation by Teams: Setting and Performance Assessment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 29 (e3406). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3932.3406>
- Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V., Cheng, A. (2016). More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. 11 (3). 209-217. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000148
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido Novo ciclo de estudos. Disponível em: https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 33 (3). 540-555. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12670>

ANEXOS

Anexo I – Grelhas de Avaliação de Sessão Formativa

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Ciclo Formativo	
Designação Ação	Práticas simuladas em SAU
Data(s)	26/01/2023
Duração	4 ^h
Modalidade	☐ Inicial ☐ Contínua ☐ Serviço ☒ Outra

2. SUMÁRIO

Nome (Completo/Letras Maiúsculas)		N.º Mec.	Grupo Profissional
Daniel Santos Batista Gonçalves			Enfermeiro
Horário	Sumário		Rúbrica
	Revisão técnica do objetivo de SAU		26/
Horas teóricas	1	- Discussão casos reais	
Horas práticas	1	- Práticas simuladas	
Total de horas			

Nome (Completo/Letras Maiúsculas)		N.º Mec.	Grupo Profissional
			Exp. Experiência
Horário	Sumário		Rúbrica
	- Envolvimento das práticas simuladas no contexto de projeto investigativo		
Horas teóricas	1	- Demonstrações de cenário SAU	
Horas práticas	1	- Organização do cenário	
Total de horas			

Nome (Completo/Letras Maiúsculas)		N.º Mec.	Grupo Profissional
Horário	Sumário		Rúbrica
Horas teóricas			
Horas práticas			
Total de horas			

Nome (Completo/Letras Maiúsculas)		N.º Mec.	Grupo Profissional
Horário	Sumário		Rúbrica
Horas teóricas			
Horas práticas			
Total de horas			

Nome (Completo/Letras Maiúsculas)		N.º Mec.	Grupo Profissional
Horário	Sumário		Rúbrica
Horas teóricas			
Horas práticas			
Total de horas			

Responsável pela Formação em Serviço

FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Ciclo Formativo	Práticas simuladas			
Designação Ação				
Data(s)	26-01-2023			
Duração	4 ^h			
Modalidade	Inicial	☐ Contínua	Serviço	☒ Outra

2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.

Insuficiente - 1	Suficiente - 2	Bom - 3	Muito bom - 4
------------------	----------------	---------	---------------

AVALIAÇÃO DA AÇÃO

Divulgação da formação	4
Apoio administrativo (inscrições e informações)	4
Utilidade do tema	4
Objetivos da ação	4
Conteúdos/ Estrutura da ação	4
Duração da ação	4
Instalações (espaço físico, mobiliário...)	4
Equipamentos e meios audiovisuais	4

AVALIAÇÃO DO FORMADOR

	Daniel Gonçalves							
Domínio dos conteúdos	4	4						
Clareza da linguagem	4	4						
Esclarecimentos de dúvidas	4	4						
Capacidade de motivação	4	4						
Relacionamento com os formandos	4	4						
Adequação do método pedagógico	4	4						
Cumprimento de horários	4	4						
Documentação de apoio	4	4						

APRECIÇÃO GLOBAL

4

A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?

Sim ☒ Não ☐

Justifique: Sim, porque no SPM assistimos a escassas PCR o que condiciona o nosso desempenho / descontentamento nas saídas de EEMI e o de ser líder do pensamento

Sugestões/ observações: Mais frequentemente ☺

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Ciclo Formativo	
Designação Ação	PRÁTICAS SIMULADAS
Data(s)	26/01/2023
Duração	4 ^h
Modalidade	☐ Inicial ☐ Contínua ☐ Serviço ☒ Outra

2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.

Insuficiente - 1 Suficiente - 2 Bom - 3 Muito bom - 4

AVALIAÇÃO DA AÇÃO

Divulgação da formação	3
Apoio administrativo (inscrições e informações)	4
Utilidade do tema	4
Objetivos da ação	4
Conteúdos/ Estrutura da ação	4
Duração da ação	4
Instalações (espaço físico, mobiliário...)	4
Equipamentos e meios audiovisuais	4

AVALIAÇÃO DO FORMADOR

	Daniel Gonçalves								
Domínio dos conteúdos	4	4							
Clareza da linguagem	4	4							
Esclarecimentos de dúvidas	4	4							
Capacidade de motivação	3	4							
Relacionamento com os formandos	4	4							
Adequação do método pedagógico	4	4							
Cumprimento de horários	4	4							
Documentação de apoio	4	4							

APRECIÇÃO GLOBAL

4

A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?

Sim ☒ Não ☐

Justifique: Relembrou prática e debate conceitos muito importantes e, ao mesmo tempo, para utilização mais importante prática EENI.

Sugestões/ observações: Realização regular destas práticas simuladas.

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Ciclo Formativo				
Designação Ação	PRÁTICAS SIMULADAS EM SAV			
Data(s)				
Duração	4 HORAS			
Modalidade	Inicial ☐	Contínua ☐	Serviço ☒	Outra ☐

2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.

Insuficiente - 1	Suficiente - 2	Bom - 3	Muito bom - 4
------------------	----------------	---------	---------------

AVALIAÇÃO DA AÇÃO

Divulgação da formação	4
Apoio administrativo (inscrições e informações)	4
Utilidade do tema	4
Objetivos da ação	4
Conteúdos/ Estrutura da ação	4
Duração da ação	3
Instalações (espaço físico, mobiliário...)	2
Equipamentos e meios audiovisuais	3

AVALIAÇÃO DO FORMADOR

		DANIEL							
Domínio dos conteúdos		4							
Clareza da linguagem	4	4							
Esclarecimentos de dúvidas	4	4							
Capacidade de motivação	4	4							
Relacionamento com os formandos	4	4							
Adequação do método pedagógico	4	4							
Cumprimento de horários	4	4							
Documentação de apoio	4	4							

APRECIÇÃO GLOBAL

	4
--	---

A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?

Sim ☒ Não ☐

Justifique AJUDA A ESTRUTURAR O PENSAMENTO AT SITUAÇÃO DE PCR.

Sugestões/ observações:

FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Ciclo Formativo				
Designação Ação	Práticas Simuladas			
Data(s)	26/01/2023			
Duração	4h00			
Modalidade	Inicial	☐	Contínua	☐
	Serviço	☒	Outra	☐

2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.

Insuficiente - 1	Suficiente - 2	Bom - 3	Muito bom - 4
------------------	----------------	---------	---------------

AVALIAÇÃO DA AÇÃO

Divulgação da formação	4
Apoio administrativo (inscrições e informações)	4
Utilidade do tema	4
Objetivos da ação	4
Conteúdos/ Estrutura da ação	4
Duração da ação	4
Instalações (espaço físico, mobiliário...)	4
Equipamentos e meios audiovisuais	4

AVALIAÇÃO DO FORMADOR

	Daniel Gonçalves								
Domínio dos conteúdos	4								
Clareza da linguagem	4								
Esclarecimentos de dúvidas	4								
Capacidade de motivação	4								
Relacionamento com os formandos	4								
Adequação do método pedagógico	4								
Cumprimento de horários	4								
Documentação de apoio	4								

APRECIÇÃO GLOBAL

A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?

Sim ☒ Não ☐

Justifique: A prática leva à perfeição

Sugestões/ observações: Fazer práticas simuladas de 6/6 meses

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Ciclo Formativo	
Designação Ação	Práticas Simuladas em SAV
Data(s)	26/01/2023
Duração	4h
Modalidade	Inicial ☐ Contínua ☐ Serviço ☒ Outra ☐

2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.

Insuficiente - 1 Suficiente - 2 Bom - 3 Muito bom - 4

AVALIAÇÃO DA AÇÃO

Divulgação da formação	4
Apoio administrativo (inscrições e informações)	4
Utilidade do tema	4
Objetivos da ação	4
Conteúdos/ Estrutura da ação	4
Duração da ação	4
Instalações (espaço físico, mobiliário...)	4
Equipamentos e meios audiovisuais	4

AVALIAÇÃO DO FORMADOR

	Denise								
Domínio dos conteúdos	4	4							
Clareza da linguagem	4	4							
Esclarecimentos de dúvidas	4	4							
Capacidade de motivação	4	4							
Relacionamento com os formandos	4	4							
Adequação do método pedagógico	4	4							
Cumprimento de horários	4	4							
Documentação de apoio	4	4							

APRECIÇÃO GLOBAL

A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?

Sim ☒ Não ☐

Justifique: Melhorar e desenvolver o desempenho e capacidades a nível de práticas em SAV

Sugestões/ observações:

APÊNDICES

Apêndice I – Resumo do Artigo de Investigação “A Influência da Prática Simulada no Desenvolvimento de Competências de Suporte Avançado de Vida: *Scoping Review*”

A Influência da Prática Simulada no Desenvolvimento de Competências de Suporte Avançado de Vida: *Scoping Review*

Daniel Gonçalves¹, Hugo Franco², Joana Vaz¹, Maria Alice Ruivo³

1 – Estudantes de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica; Enfermeiros no Centro Hospitalar de Setúbal.

2 – Professor na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

3 – Professora Doutora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; Mestre em Psicologia da Saúde e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Resumo

Objetivo: Apresentar a evidência sobre a influência da prática simulada na aquisição e retenção de competências pelos enfermeiros, nos serviços de cuidados à pessoa em situação crítica.

Introdução: A prática simulada é uma estratégia de formação já estabelecida na educação em enfermagem e nos cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV). Constitui uma oportunidade de expor os participantes à resolução de situações semelhantes às da vida real, de forma controlada e segura. No entanto, os cursos tradicionais de SAV podem não ser suficientes para que os participantes desenvolvam o nível de desempenho esperado para prestação de cuidados de ressuscitação de qualidade, com transposição eficaz para a prática. A questão de investigação que orientou a revisão foi: “Qual é a influência da prática simulada de suporte avançado de vida na aquisição e retenção de competências pelos enfermeiros, nos serviços de cuidados à pessoa em situação crítica?”.

Critérios de Inclusão: Foram considerados todos os estudos de natureza qualitativa e quantitativa, publicados em bases de dados, e literatura cinzenta na revisão. Os critérios de inclusão foram baseados na estrutura PCC (População, Conceito, Contexto), à semelhança da questão de investigação.

Métodos: A pesquisa foi realizada pelos autores em dezembro de 2022 nas bases de dados *SCOPUS* e *EBSCO* com termos DeCS/MeSH. Foram aplicados como delimitadores os idiomas e disponibilidade do texto integral. A seleção de artigos foi esquematizada em diagrama PRISMA, com a aplicação dos critérios de inclusão na análise dos artigos. A extração de dados baseia-se nas recomendações do *Joanna Briggs Institute*. A síntese dos resultados é apresentada sobre a forma de tabela.

Resultados: A presente *Scoping Review* incluiu 17 artigos de diversos tipos de estudo, publicados entre 2005 e 2022. Todos os autores verificaram desenvolvimento de competências durante as sessões de prática simulada, quer nas competências de carácter técnico (operacionalização do SAV) como não técnico (como comunicação, trabalho em equipa, tomada de decisão, liderança).

Conclusões: A prática simulada tem ampla influência no desenvolvimento de competências de SAV. Sugere-se o desenvolvimento de novos projetos no âmbito da prática simulada, como outros estudos de investigação e implementação de novos programas de prática simulada.

Palavras-chave: Competências, Cuidados críticos, Enfermagem, Prática simulada, Suporte Avançado de Vida

Abstract

Objective: To present the evidence about the influence of simulated training on the acquisition and retention of nurses' skills in critical care setting.

Rationale: Simulated training is an established training strategy in nursing education and in Advanced Life Support (ALS) courses. It is an opportunity to expose the participants to the resolution of situations similar to those of real life, in a controlled and safe environment. However, traditional ALS courses may not be sufficient for participants to develop the level of performance expected to provide quality resuscitation care, with effective transfer of those skills into practice. The research question that guided this review was: "What's the influence of ALS simulation training on the acquisition and retention of nurses' skills in critical care setting?"

Inclusion Criteria: All published studies of a qualitative and quantitative nature and grey literature were considered in this review. The inclusion criteria were based on a PCC (Population, Concept, Context) framework, similarly to the research question.

Methods: The research was conducted by the authors in December 2022, on SCOPUS and EBSCO databases, using DeCS/MeSH terms. Search limitations were applied, such as languages and full text availability. The study selection process was presented in a PRISMA diagram, with the inclusion criteria being applied to the analysis of studies. The data extraction is based on Joanna Briggs Institute recommendations. Findings are summarized resorting to a results table.

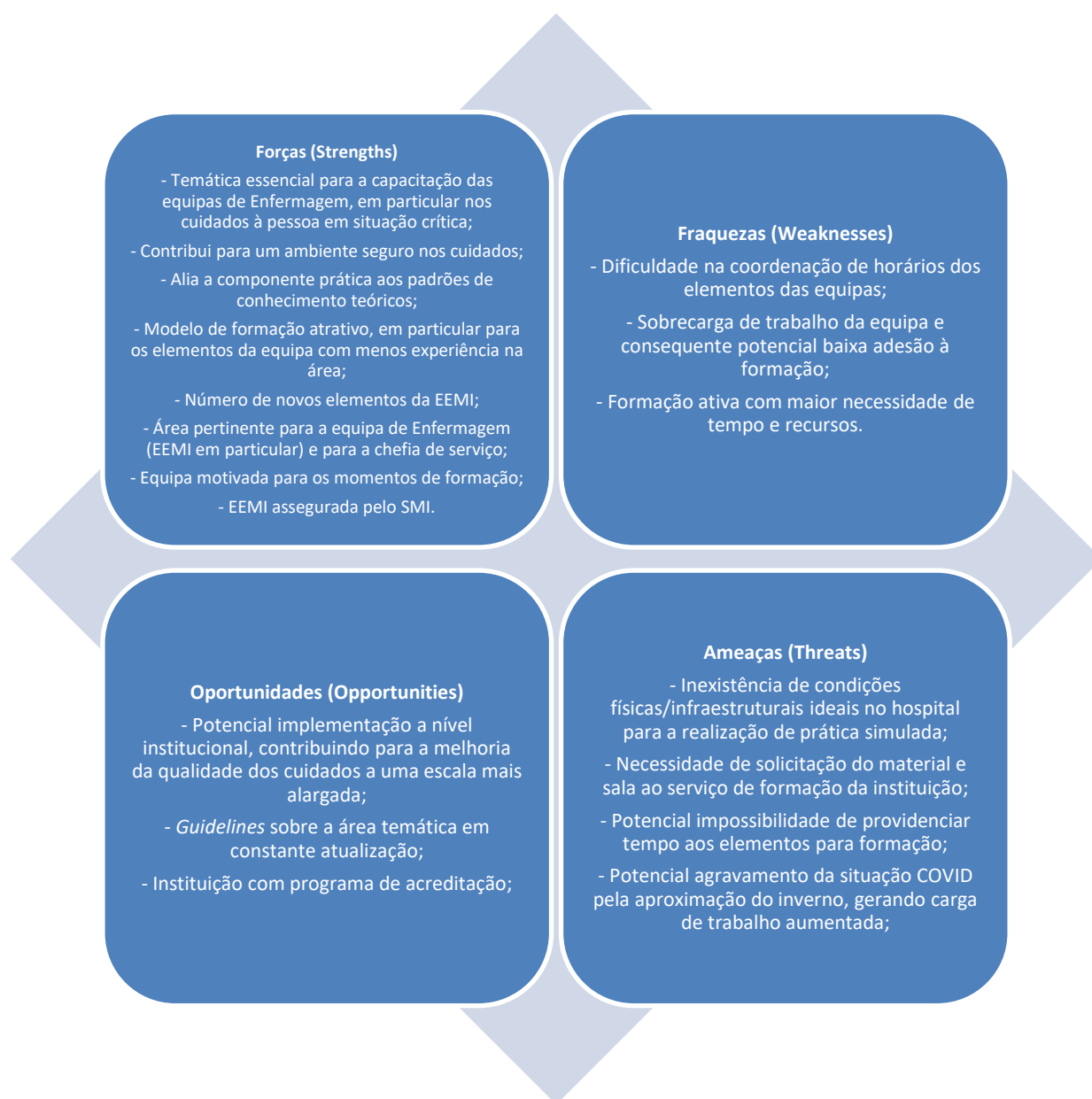
Results: The presented Scoping Review included 17 studies of several designs, published between 2005 and 2022. All authors reported the development of skills during simulated practice sessions, not only technical skills (ALS operationalization) but also non-technical skills (like communication, teamwork, decision making, leadership).

Conclusions: Simulated practice has a wide influence on the development of ALS skills. The development of new projects within the scope of simulated practice, such as other research studies and the implementation of new programs of simulated practice, is suggested.

Key words: *Advanced Life Support, Critical care, Nursing, Simulation training, Skills*

Apêndice II – Matriz SWOT do Projeto de Intervenção

Matriz SWOT do Projeto de Intervenção



Apêndice III – Plano de Sessão

Plano de Sessão

TEMA DA SESSÃO	Prática Simulada de Suporte Avançado de Vida – Treino de Equipa Especializada				
DURAÇÃO	4 horas				
PÚBLICO-ALVO	Enfermeiros da EEMI				
LOCAL-DATA-HORA	26 de janeiro de 2023 – das 13h30 às 17h30				
OBJETIVO GERAL	Capacitar a os enfermeiros da EEMI para providenciar SAV em situações de PCR				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Providenciar suporte teórico sobre a prática de SAV em situações de PCR				
	Praticar SAV em situações de PCR				
	Identificar aspetos a melhorar na prática de SAV em situações de PCR				
	Sugerir a adaptação da prática de SAV em situações de PCR, corrigindo os aspetos identificados				
FASES	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO (MIN)	FORMADORES
INTRODUÇÃO	Contextualização do Projeto Apresentação da temática Objetivos da sessão	Expositivo	Computador	2 min	Daniel Gonçalves

DESENVOLVIMENTO	Enquadramento Teórico:				
	Principais alterações às <i>Guidelines</i> da <i>American Heart Association</i> para a prática de SAV (<i>Guidelines</i> 2020)	Expositivo	Computador	60 min	Daniel Gonçalves
	Prática Simulada:				
	Demonstração de prática simulada de SAV em contexto de PCR	Demonstrativo	Computador, manequim, caixa de ritmos, monitor-desfibrilhador, restante material de suporte	8 min	Enfermeira Especialista 

DESENVOLVIMENTO (cont.)	Momento de <i>Briefing</i> inicial: • Objetivos da prática simulada • Informação sobre o tempo disponível • Pontos-chave do desempenho em SAV	Expositivo		3 min	Daniel Gonçalves
	Prática Simulada (desenvolvida pela equipa de formandos): • Apresentação do Caso 1 (Integrado no Apêndice 1) • Seleção de <i>Team Leader</i> para o Caso 1 • Desenvolvimento do Caso 1 • <i>Debriefing</i> sobre o Caso 1 • Apresentação do Caso 2 (Integrado no Apêndice 1) • Seleção de <i>Team Leader</i> para o Caso 2 • Caso 2 • <i>Debriefing</i> sobre o Caso 2 • Apresentação do Caso 3 (Integrado no Apêndice 1) • Seleção de <i>Team Leader</i> para o Caso 3 • Desenvolvimento do Caso 3 • <i>Debriefing</i> sobre o Caso 3	Ativo, Expositivo	Computador, manequim, caixa de ritmos, monitor-desfibrilhador, restante material de suporte	2 min para apresentação do caso e seleção de <i>Team Leader</i> 15 min por cada caso 5 min para cada momento de <i>debriefing</i>	Daniel Gonçalves Enfermeira Especialista 

	• Apresentação do Caso 4 (Integrado no Apêndice 1) • Seleção de <i>Team Leader</i> para o Caso 4 • Desenvolvimento do Caso 4 • <i>Debriefing</i> sobre o Caso 4 • Apresentação do Caso 5 (Integrado no Apêndice 1) • Seleção de <i>Team Leader</i> para o Caso 5 • Desenvolvimento do Caso 5 • <i>Debriefing</i> sobre o Caso 5 • Momento de discussão final sobre sentimentos e satisfação face à sessão, bem como de confiança na atuação em Suporte Avançado de Vida				
CONCLUSÃO	Considerações finais sobre temática Apresentação de Referências Bibliográficas	Expositivo	Computador	2 min	Daniel Gonçalves Enfermeira Especialista 

Esclarecimento de dúvidas	Esclarecimento de dúvidas, validando a aquisição de conhecimentos	Ativo	Computador	10 min	Daniel Gonçalves
AVALIAÇÃO	Preenchimento das grelhas de avaliação da sessão (Grelha de Avaliação de Formação em Serviço Institucional)	Ativo	Papel, Caneta	10 min	

Nota: Prevê-se um momento de pausa de 10 minutos após a demonstração da prática simulada de SAV.

Apêndice IV – Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção

Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção

Atividades a realizar/Tempo	setembro 2022	outubro 2022	novembro 2022	dezembro 2022	janeiro 2023	fevereiro 2023
Proceder à entrevista não estruturada com a Enfermeira Coordenadora do serviço, com a Enfermeira Orientadora e com a Enfermeira responsável pela formação do serviço (em coorientação de estágio)						
Realizar pesquisa bibliográfica sobre a temática						
Elaborar o artigo científico (<i>Scoping Review</i>)						
Entregar artigo para avaliação						
Elaborar o plano de sessão formativa						
Produzir os casos de prática simulada de SAV						
Realizar sessão formativa prévia (método expositivo e demonstrativo)						
Realizar sessão de prática simulada de SAV						
Avaliar a sessão formativa						

**Apêndice V – Casos e Grelhas de Avaliação da Prática Simulada de Suporte
Avançado de Vida**

Caso 1

A senhora Orlandina, de 76 anos de idade, foi inicialmente trazida pelos tripulantes de ambulância para realização da sua sessão de Hemodiálise habitual. Tinha faltado à sessão anterior de HD, pois teve “um problema familiar a resolver fora da cidade” (SIC). Enquanto o Enfermeiro responsável preparava o material para a realização da sessão, verifica-se AEC presenciada pela Assistente Operacional, que chama prontamente o Enfermeiro. É encontrada em PCR.

Causa reversível: Hipercaliémia

Progressão: PCR em TV → AEsP → RCE

<u>Checklist de pontos-chave de SAV</u>		<u>Realizado</u>
Team Leader		
Verifica condições de segurança		
Atribui funções aos elementos da equipa		
Garante RCP de alta qualidade	Compressões cardíacas 100-120 por minuto	
	Profundidade de compressões cardíacas de pelo menos 5cm	
	Fração de compressões torácicas > 80%	
	Retorno do tórax	
	Ventilação	
Garante boa comunicação entre os elementos da equipa		
TV		
Reconhece uma TV		
Pede para os elementos presentes no ambiente se afastarem antes da análise e do choque		
Reinicia RCP imediatamente após o choque		
Aborda a VA adequadamente		
Operacionalização SAV adequada		
Administra os fármacos corretos em doses apropriadas		
AEsP		
Reconhece uma AEsP		
Verbaliza potenciais causas reversíveis		
Administra os fármacos corretos em doses apropriadas		
Reinicia RCP imediatamente após as verificações de ritmo		
Cuidados pós-PCR		
Identifica o RCE		
Garante monitorização de SpO ₂ , necessidade de EOT, solicita capnografia, avaliação de PA, ECG 12 derivações, exames complementares de diagnóstico		
Considera o controlo de temperatura		

PARAR CASO

(As Grelhas de Observação foram baseada nas Listas de Verificação dos testes *Megacode* da AHA (2021))

Caso 2

O senhor Elias, de 62 anos de idade, encontra-se internado no serviço de Medicina com diagnóstico médico de Pneumonia bilateral. Refere que tem ficado cada vez mais cansado e que tem notado maior dificuldade a respirar. É avaliado pelo Médico que sugere incremento de oxigenoterapia e terapêutica dirigida. Enquanto a Enfermeira vai preparar a medicação, o senhor aciona o botão de chamada. É encontrado em PCR.

Causa reversível: Hipoxémia

Progressão: PCR em AEsP → FV → RCE

<u>Checklist de pontos-chave de SAV</u>		<u>Realizado</u>
<i>Team Leader</i>		
Verifica condições de segurança		
Atribui funções aos elementos da equipa		
Garante RCP de alta qualidade	Compressões cardíacas 100-120 por minuto Profundidade de compressões cardíacas de pelo menos 5cm Fração de compressões torácicas > 80% Retorno do tórax Ventilação	
Garante boa comunicação entre os elementos da equipa		
AESP		
Reconhece uma AEsP		
Verbaliza potenciais causas reversíveis		
Administra os fármacos corretos em doses apropriadas		
Reinicia RCP imediatamente após as verificações de ritmo		
FV		
Reconhece uma FV		
Pede para os elementos presentes no ambiente se afastarem antes da análise e do choque		
Reinicia RCP imediatamente após o choque		
Aborda a VA adequadamente		
Operacionalização SAV adequada		
Administra os fármacos corretos em doses apropriadas		
Cuidados pós-PCR		
Identifica o RCE		
Garante monitorização de SpO ₂ , necessidade de EOT, solicita capnografia, avaliação de PA, ECG 12 derivações, exames complementares de diagnóstico		
Considera o controlo de temperatura		

PARAR CASO

(As Grelhas de Observação foram baseada nas Listas de Verificação dos testes *Megacode* da AHA (2021))

Caso 3

O senhor Mário, de 71 anos de idade, foi visitar a neta Beatriz, nascida há 2 dias, que se encontra internada no serviço de Neonatologia. Enquanto falava com a filha Maria à porta do serviço, refere que lhe dói o peito desde que fez uma pequena caminhada até à casa da sua irmã, há cerca de 3 horas. O senhor Mário fica progressivamente mais queixoso, até que se verifica síncope, seguida de PCR.

Causa reversível: EAM (Tromboembolismo)

Progressão: PCR em FV → Assistolia → RCE

<u>Checklist de pontos chave de SAV</u>		<u>Realizado</u>
<i>Team Leader</i>		
Verifica condições de segurança		
Atribui funções aos elementos da equipa		
Garante RCP de alta qualidade	Compressões cardíacas 100-120 por minuto Profundidade de compressões cardíacas de pelo menos 5cm Fração de compressões torácicas > 80% Retorno do tórax Ventilação	
Garante boa comunicação entre os elementos da equipa		
FV		
Reconhece uma FV		
Pede para os elementos presentes no ambiente se afastarem antes da análise e do choque		
Reinicia RCP imediatamente após o choque		
Aborda a VA adequadamente		
Operacionalização SAV adequada		
Administra os fármacos corretos em doses apropriadas		
Assistolia		
Reconhece uma Assistolia		
Verbaliza potenciais causas reversíveis		
Administra os fármacos corretos em doses apropriadas		
Reinicia RCP imediatamente após as verificações de ritmo		
Cuidados pós-PCR		
Identifica o RCE		
Garante monitorização de SpO ₂ , necessidade de EOT, solicita capnografia, avaliação de PA, ECG 12 derivações, exames complementares de diagnóstico		
Considera o controlo de temperatura		

PARAR CASO

(As Grelhas de Observação foram baseada nas Listas de Verificação dos testes *Megacode* da AHA (2021))

Caso 4

A senhora Lúcia, de 35 anos de idade, foi mãe há 2 dias e encontra-se internada no Puerpério. A gravidez correu normalmente, mas foi submetida a cesariana por bebé em apresentação pélvica. Quando a Enfermeira foi avaliá-la no turno da manhã, a senhora refere sentir uma enorme dificuldade em respirar, que surgiu de forma abrupta. Verifica-se um rápido agravamento do estado de consciência e a senhora entra em PCR.

Causa reversível: TEP (Tromboembolismo)

Progressão: PCR em AEsP → TV → RCE

<u>Checklist de pontos chave de SAV</u>		<u>Realizado</u>
<i>Team Leader</i>		
Verifica condições de segurança		
Atribui funções aos elementos da equipa		
Garante RCP de alta qualidade	Compressões cardíacas 100-120 por minuto Profundidade de compressões cardíacas de pelo menos 5cm Fração de compressões torácicas > 80% Retorno do tórax Ventilação	
Garante boa comunicação entre os elementos da equipa		
AESP		
Reconhece uma AEsP		
Verbaliza potenciais causas reversíveis		
Administra os fármacos corretos em doses apropriadas		
Reinicia RCP imediatamente após as verificações de ritmo		
TV		
Reconhece uma TV		
Pede para os elementos presentes no ambiente se afastarem antes da análise e do choque		
Reinicia RCP imediatamente após o choque		
Aborda a VA adequadamente		
Operacionalização SAV adequada		
Administra os fármacos corretos em doses apropriadas		
Cuidados pós-PCR		
Identifica o RCE		
Garante monitorização de SpO ₂ , necessidade de EOT, solicita capnografia, avaliação de PA, ECG 12 derivações, exames complementares de diagnóstico		
Considera o controlo de temperatura		

PARAR CASO

(As Grelhas de Observação foram baseada nas Listas de Verificação dos testes *Megacode* da AHA (2021))

Caso 5

O senhor Joaquim, de 70 anos de idade, encontra-se internado no serviço de Cirurgia após ter sido submetido a Gastrectomia parcial por úlcera gástrica com hemorragia ativa não controlável pela Gastroenterologia. Durante a manhã encontrava-se pálido, suado e referia dor abdominal. Pela hora de almoço, o seu colega de quarto, que estava a falar com ele, verifica que o senhor Joaquim deixa de lhe responder e chama ajuda. Quando o Enfermeiro se dirige ao quarto, encontra-o em PCR.

Causa reversível: Hemorragia

Progressão: PCR em Assistolia → FV → RCE

<u>Checklist de pontos chave de SAV</u>		<u>Realizado</u>
Team Leader		
Verifica condições de segurança		
Atribui funções aos elementos da equipa		
Garante RCP de alta qualidade	Compressões cardíacas 100-120 por minuto Profundidade de compressões cardíacas de pelo menos 5cm Fração de compressões torácicas > 80% Retorno do tórax Ventilação	
Garante boa comunicação entre os elementos da equipa		
Assistolia		
Reconhece uma Assistolia		
Verbaliza potenciais causas reversíveis		
Administra os fármacos corretos em doses apropriadas		
Reinicia RCP imediatamente após as verificações de ritmo		
FV		
Reconhece uma FV		
Pede para os elementos presentes no ambiente se afastarem antes da análise e do choque		
Reinicia RCP imediatamente após o choque		
Aborda a VA adequadamente		
Operacionalização SAV adequada		
Administra os fármacos corretos em doses apropriadas		
Cuidados pós-PCR		
Identifica o RCE		
Garante monitorização de SpO ₂ , necessidade de EOT, solicita capnografia, avaliação de PA, ECG 12 derivações, exames complementares de diagnóstico		
Considera o controlo de temperatura		

PARAR CASO

(As Grelhas de Observação foram baseada nas Listas de Verificação dos testes *Megacode* da AHA (2021))